

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 61

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Tuberculose Annexielle

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juillet 1935

PAR

SÉBASTIEN DOMINIC

Né le 9 janvier 1904 à Pondichéry, (Inde Française)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	LAPEYRE, prof. <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		RICHE, professeur.		
		AIMES, agrégé.		
		COLLDECARRERA, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARCOU ET GHIBAUDO
4, rue Alexandre-Cabanel, 4

1935

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

Tuberculose Annexielle

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 61

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Tuberculose Annexielle

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juillet 1935

PAR

SÉBASTIEN DOMINIC

Né le 9 janvier 1904 à Pondichéry, (Inde Française)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

LAPEYRE, prof. *Président.*

RICHE, professeur.

AIMES, agrégé.

COLLE CARRERA, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARCOU ET GHIBAUDO

4, rue Alexandre-Cabanel, 4

1935

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

PROFESSEURS

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	L. HEDON.
Chimie biologique et médicale	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD.
Clinique médicale	RIMBAUD.
Clinique chirurgicale	VIRES, assess.
Clinique obstétricale	MASSABUAU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE.
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	P. DELMAS.
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT.
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT.
Clinique gynécologique	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE.
Matière médicale (ch. de c.)	VILLARD.
Radiologie (ch. de c.)	TERRACOL.
Anatomie (ch. de c.)	CABANNES.
Histologie (ch. de c.)	LAMARQUE.
	LAUX.
	GRANEL.

HONORARIAT

Doyen honoraire: M. MAIRET

Professeurs honoraires:

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, VALLOIS, FORGUE, ESTOR,
BERTIN-SANS et GALAVIELLE.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Pathologie expérimentale	MM. PAGES.
Pathologie externe	AIMES.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, ag. I.
Accouchements	COLL de CARRERA.
Clinique physiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON.
Stomatologie	D ^r WATON.

AGREGES EN EXERCICE

Médecine	MM. BOULET.	Chirurgie	MM. AIMES.
	PAGES.		MOURGUE-MOLINES.
	JANBON.		GUIBAL.
	BAUMEL.		ROUX.
	VIDAL.	Obstétrique	COLL DE CARRERA.
		Bactériologie	CARRERE.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. LAPEYRE, prof. président	MM. AIMES, agrégé
RICHE, professeur	COLL DE CARRERA, agr.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE NOTRE MERE BIEN-AIMEE
ET DE NOTRE TRES CHER ONCLE
MONSIEUR A. XAVARY

Trop tôt enlevés à notre piété filiale et à notre
toute cordiale affection.

A NOTRE PERE

Infime témoignage de notre inaltérable amour
filial. Faible indice de notre profonde vénération
pour sa personne et en reconnaissance de tous les
efforts et sacrifices qu'il nous a toujours consentis
librement.

A NOTRE SŒUR HELENE
ET A NOTRE FRERE JOSEPH

Qui nous sont bien chers.

A MADAME LA DOCTORESSE
ET A NOTRE MAITRE VENERE
MONSIEUR LE DOCTEUR DESMONTS

CHEF DE TRAVAUX D'ANATOMIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Toute notre reconnaissance et entier dévouement,
dans le temps et dans l'espace, à sa haute et
noble personne.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GALAVIELLE
CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Avec notre dévouement inaltérable et toute notre
cordiale affection. r

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALMES
CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Avec notre respectueux dévouement et notre
affection bien sincère.

A NOTRE REGRETTE AMI
LE DOCTEUR DJEGAYADASSOU
DÉCÉDÉ, INTERNE DANS LES HÔPITAUX DE NIMES

A MADAME LA DOCTORESSE
NINA PENCOVA STEFANESCO

Avec, à jamais, toute notre cordiale et incom-
mensurable affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES STEFANESCO
ASSISTANT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BUCAREST

Avec notre indéfectible amitié affectueuse.

A MESDAMES DIMITRIEV, PENCA PENCOVA
ET A MONSIEUR LE DEPUTE STEFAN PENCOV
DE BUCAREST

Avec notre affectueuse gratitude, quasi-filiale.

S. D.

A MONSIEUR LE MEDECIN-COLONEL
NARSING MULGUND, DE BUCAREST,
DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE CALCUTTA (INDE) ET DE CELLE DE LONDRES

ET A SA FAMILLE

Avec notre dévouement et notre sincère affection.

A MONSIEUR JEAN CAUDELOU
ET A SON FILS, L'AVOCAT R. CAUDELOU,
NOTRE EXCELLENT AMI

Avec notre affectueuse gratitude.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR ESTOR
CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Avec tous nos remerciements.

MEIS ET AMICIS

A TOUS NOS PAUVRES ET CHERS MALADES

S. D.

Contribution à l'étude de la Tuberculose Annexielle

INTRODUCTION

Monsieur le Professeur LAPEYRE, frappé par l'intérêt croissant de la tuberculose annexielle, a bien voulu nous confier ce sujet pour notre travail inaugural. Nous avons voulu que celui-ci ne soit que le reflet de son enseignement magistral.

Certes, la tuberculose annexielle a été étudiée dans de nombreuses publications et au VIII^{me} Congrès de l'Association des Obstétriciens et Gynécologues de langue française, en 1933, ce sujet était à l'ordre du jour. Des thèses innombrables ont été soutenues, ainsi qu'en fait foi notre bibliographie.

Mais, dans aucun de ces travaux, nous n'avons trouvé de classification anatomique marquant des distinctions que nous jugeons indispensables. Peu d'auteurs signalent les formes dites inflammatoires. Enfin, partout, sauf dans de très rares travaux, les formes aiguës sont passées sous silence au profit des formes chroniques. Et pourtant, notre Maître, le Professeur LAPEYRE, au cours de ses leçons cliniques, nous a bien montré la fréquence et l'importance de ces formes. Aussi nous sommes-nous attaché à leur description avec un soin particulier.

Dans la partie thérapeutique nous avons consacré notre effort à la mise en valeur de cette chirurgie phy-

siologique qu'est la *chirurgie conservatrice*, ne faisant encore qu'œuvre de disciple.

Enfin, nous avons condensé en une bibliographie à peu près complète les références des travaux, écrits en français, épars jusqu'à ce jour.

ETUDE CLINIQUE

OBSERVATION I

(*Service de notre Maître, le Professeur LAPEYRE*)

Madame X., épouse A., 22 ans, entrée le 10 septembre 1934 pour annexité.

A. P.: Fluxion de poitrine à 10 ans, durée un mois.

A. H.: Père et mère en bonne santé.

Réglée pour la première fois à 18 ans, d'abord irrégulièrement seulement 1 à 2 jours.

Puis réglée tous les 15 jours très abondamment; dysménorrhée. Mariée depuis un mois.

Depuis 10 jours, douleurs pelviennes, irradiées dans la région lombaire et les membres inférieurs.

Céphalée, constipation, température 38°. Pas de leucorrhée.

A l'examen clinique: on est frappé par le faciès de la malade qui attire l'attention du côté d'une bacillose possible.

Teint pâle, chlorotique, aspect chétif.

Au palper, l'abdomen est contracté, pas de point douloureux net.

Le 12 septembre 1934 on note: Utérus de volume normal rétrodévié et fixe. Dans le cul-de-sac on perçoit les annexes sous forme d'un cordon douloureux.

A gauche et dans le Douglas, masse annexielle difficilement perceptible. Le cul-de-sac a perdu toute sa souplesse et il est très sensible.

24 septembre: Cul-de-sac gauche empâté, Douglas et cul-de-sac droit occupés par une masse dure très douloureuse.

25 septembre: Température à 40° après propidon. Douleurs iliaques plus marquées à droite.

2 octobre 1934: Ventre encore contracturé dans la région suspubienne et à droite.

Au toucher on sent l'utérus complètement basculé, le col petit et conique étant situé dans le cul-de-sac antérieur et regardant à gauche. Le cul-de-sac gauche est empâté. Cul-de-sac postérieur très douloureux rempli par le fond utérin avec infiltration inflammatoire. Quand au cul-de-sac droit, il est occupé par une masse du volume d'une orange arrondie commençant à se mobiliser un peu.

Le 9 novembre 1934, au toucher: poches bilatérales du volume d'un œuf de poule. Dans l'ensemble, la rétroversion utérine et les masses annexielles peuvent être mobilisées.

26 novembre 1934: A gauche: masse rénitente; à droite: poche à paroi épaisse.

Examens de laboratoire:

Urines normales;

Azotémie: 0,31;

HB et W-B, négatifs;

Vernes résorcine: 104;

Besredka, négatif;

Gonoréaction négative.

Examen bactériologique des sécrétions utérines: Pas de gonocoque.

Le diagnostic porté à ce moment est, annexite aiguë avec pelvi-péritonite tuberculeuse.

Intervention le 16 décembre 1934:

Anesthésie générale à l'éther, (très bonne). Laparotomie sous-ombilicale médiane contournant l'ombilic. Ouverture du péritoine pariétal. Il est libre d'adhérences. Une frange épiploïque adhérente aux annexes droites est sectionnée et liée. Mise en Trendelenburg. Les anses intestinales remontent mal vers le diaphragme. Le cœcum, l'S iliaque et deux anses grêles forment un bloc intimement uni qui masque l'entrée du bassin. Dégagement des deux anses grêles à la compresse et aux ciseaux. Il reste un dépoli de la séreuse dans la zone de séparation. Libération du cœcum qui tient par l'appendice, lui-même fusionné par sa pointe avec la

trompe droite. Le dégagement de l'appendice ouvre une petite collection péri-tubaire. Appendicectomie sans enfouissement.

Dégagement de l'S iliaque qui croisant l'aire du détroit supérieur adhère aux annexes droite et gauche et au fond et à la face postérieure de l'utérus basculé dans le Douglas.

Cette libération est très pénible, les trompes se rompent et laissent échapper les fongosités. Dégagement très difficile de l'S iliaque, qui après dégagement apparaît perforée en deux endroits: assez bas, presque au fond du Douglas et à 13-15 cm. plus haut sur sa portion la plus mobile. Suture des perforations en deux plans. Lavage à l'éther de l'anse et assèchement du Douglas.

L'utérus petit et très congestionné est renversé en arrière. On le saisit à l'hystérolabe mais sa face antérieure est mal accessible et on a l'impression qu'il existe en avant et à droite une masse rénitente que l'on croit être l'extrémité d'un salpinx gauche. En essayant de dégager cette face antérieure, on ouvre une cavité qui laisse échapper environ un verre à Bordeaux de liquide séreux. On pense avoir ouvert la vessie, mais on se rend compte qu'il s'agit d'une poche de péritonite enkystée latéro-utérine droite. On fait alors l'inventaire des lésions.

Les trompes sont méconnaissables des deux côtés dans leur moitié externe. Elles ont été dilacérées et l'on voit s'échapper à travers ces déchirures des fongosités qui, du reste, sont en partie, adhérentes au péritoine pariétal de la fosse iliaque interne. A droite, cependant, on trouve un ovaire qui paraît assez respecté par le processus inflammatoire pour pouvoir être conservé. On décide alors, pour conserver la menstruation, de pratiquer l'ablation de la trompe droite et des annexes gauches. Cette exérèse s'exécute assez difficilement étant donnée la friabilité des tissus mais cependant à la fin de l'intervention le résultat apparaît très satisfaisant. Le pelvis étant entièrement nettoyé de ses fongosités et l'utérus occupant sa situation normale. Par précaution on laisse un petit drain dans le Douglas. Suture en trois plans, de la paroi abdominale.

On n'a pas noté de granulation tuberculeuse sur les annexes et sur le péritoine.

Suites opératoires bonnes, ablation du drain le 21 décembre.

Examen histologique: Au niveau de la trompe comme au niveau de l'appendicite on a affaire à des lésions tuberculeuses manifestes (très nombreux follicules de Koëster avec cellules géantes). [Docteur H.-L. Guibert.].

Devant la nature des lésions on décide de soumettre la malade à un traitement par les rayons U. V. qui a consisté en vingt séances d'exposition aux rayons.

La malade est sortie guérie le 15 janvier 1935.

L'évolution de ces formes pelvi-péritonitiques peut se faire vers la formation d'une collection suppurée dans le Douglas, parfois simplement séreuse. La thèse de Porchet en contient plusieurs exemples.

OBSERVATION II

(TURNESCO et LORY — *Bulletin Société anatomique*, 1921)

Femme de 29 ans, entre pour douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs peu intenses, datant de plusieurs années mais accompagnées de fièvre depuis quelques jours. Diagnostic du medecin traitant: appendicite.

Règles normales, depuis l'âge de 13 ans, leucorrhée habituelle. Début des douleurs il y a 4 ou 5 ans. Coliques intermittentes dans le bas-ventre, à droite, augmentées par la fatigue, douleurs, plus sourdes, plus continues depuis quelques temps. En même temps, fléchissement de l'état général, anorexie, amaigrissement, sueurs nocturnes.

A l'entrée, douleur continue dans le bas-ventre, augmentée par la palpation de la fosse iliaque droite, qui est souple. Température à grandes oscillations, de 37°5 à 38°.

Pouls rapide, un peu d'albuminurie.

Au toucher, col normal, utérus petit, refoulé en avant et fixé par une volumineuse masse due, peu douloureuse, rem-

plissant presque tout le petit bassin, bombant dans les culs-de-sac, latéraux et postérieur.

Diagnostic: poussée annexielle aiguë. Repos, glace, injections chaudes. Pas d'amélioration. Température oscillante. Au quatorzième jour, évacuation consécutive. Mauvais état général. On pense alors à une tuberculose annexielle aiguë.

Opération: Deux masses annexielles volumineuses remplissant le bassin. Annexe droite très volumineuse. Hystérectomie subtotale. Appendicectomie. Mickulicz.

Suites opératoires. — Persistance d'un mauvais état général, température à grandes oscillations. Fistule stercorale passagère. Evacuation du pus par le rectum, un mois après l'opération, et plusieurs fois ultérieurement. Deux mois après l'intervention la plaie suppure encore.

Examen histologique. — La volumineuse tumeur est un ovaire. Tissus infiltrés de nombreux nodules tuberculeux, avec lymphocytes et cellules épithélioïdes. Cellules géantes. Le centre des nodules est en voie de ramollissement et de fonte purulente.

Souvent, le résultat est moins heureux et l'intervention n'arrive pas à guérir la malade.

OBSERVATION III

(in *Thèse* DEHAU, Lille, 1920)

Germaine, 18 ans, entre à l'hôpital Broca, le 31 octobre 1919, pour salpingite gauche. Pas d'antécédents. Menstruation normale depuis l'âge de 12 ans. Accouchement normal, dix mois auparavant, d'un enfant bien portant, qui meurt à cinq mois. Dans les mois qui suivirent l'accouchement, amaigrissement et sueurs nocturnes.

Depuis trois mois, pertes blanches, légèrement jaunâtres. A l'examen, col petit et dur, utérus normal. Cul-de-sac gauche tendu, contenant une masse dure, du volume d'une petite orange, un peu douloureuse. A droite, petite masse dure, non douloureuse. Température 38°.

Diagnostic: salpingite.

Traitement médical: Glace, injections chaudes. Malgré cela, élévation progressive de la température, jusqu'à 40°, en 5 jours. Extension locale des lésions pelviennes, développement de deux volumineuses salpingites, encadrant l'utérus, aussi bien à droite qu'à gauche, masses dures, dans l'ensemble, avec quelques points plus mous. On discute l'indication d'une colpotomie, que l'on diffère en l'absence de collection purulente nette. Chute passagère de la température qui remonte rapidement et subit des oscillations irrégulières et étendues, avec clocher atteignant 40°8 le 20 novembre. Mauvais état général, pouls rapide. Au toucher, deux masses volumineuses, irrégulières, dures, de consistance inégale, accolées à l'utérus, se rejoignant derrière lui, peu douloureuse.

Diagnostic: Salpingite tuberculeuse aiguë. Opération le 22 novembre. Lésions salpingiennes englobant l'utérus et bloquant le petit bassin. Adhérence du colon pelvien, de l'épiploon et d'une anse grêle aux annexes. Pas de granulations tuberculeuses. Hémisection utérine. Hystérectomie. Mickuliz.

Suites opératoires. — Après une accalmie de 2 jours, reprise de la température, mauvais état général, plaie violacée et atone. Mort au douzième jour, avec signes de granulie et de septicémie tuberculeuse. Hémoculture négative.

Examen des pièces: Macroscopiquement, annexes irrégulières et dures, trompe, masses blanchâtres (amas tuberculeux en voie de caséification). Dans l'ovaire, nombreux petits tubercules crus. Utérus normal. Coloration pâle des lésions, infiltrations œdémateuses avec aspect lardacé.

Histologiquement, trompes farcies de follicules tuberculeux. Muqueuse bourrée et infiltrée de tubercules conglomérés. Lésions crues dans l'ensemble. Nombreuses cellules géantes.

Pour la commodité de la rédaction, nous insérerons dorénavant, au fur et à mesure, les observations dans le texte.

L'étude clinique de la tuberculose annexielle est rendue difficile par le polymorphisme extrême que revêtent les différentes formes. En effet, la tuberculose annexielle peut ressembler à tout. Rien, en elle, n'est pathognomonique. Toutefois, il est possible de faire une classification des aspects cliniques variables qu'elle revêt. Et, à ce propos, nous voudrions insister sur un point auquel notre Maître, le Professeur Lapeyre, est fortement attaché: *c'est la fréquence relative et l'importance de premier plan que prennent les formes aiguës*. Celles-ci ont été peu étudiées et même presque passées sous silence jusqu'à maintenant. Il existe toutefois quelques travaux traitant de la question, par exemple la thèse de Dehau (1920), inspirée par J.-L. Faure: *Salpingite tuberculeuse aiguë*. Mais cette thèse n'envisage qu'un côté de la question. Porcher, dans sa thèse inaugurale, faite sous l'instigation de Camelot, a groupé les accidents aigus pouvant survenir dans la tuberculose annexielle; mais il mêle des éventualités cliniques relevant de simples accidents évolutifs aux formes véritablement aiguës de l'affection.

Moulonguet, Brocq et Gibert, dans leur rapport pour tant si complet devant le VIII^me Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, ne font pas de division nette entre formes aiguës et forment chroniques, et citent simplement les premières à la fin de chaque chapitre, les traitant un peu trop en « parents pauvres ». Pourtant, la littérature foisonne d'observations nombreuses; un tel fait n'a pu échapper à l'expérience de notre Maître, et dans son enseignement il s'appesantit, à juste titre, sur ces manifestations aiguës.

Aussi pensons-nous justifiée la classification suivante que nous suivrons dans l'étude clinique :

- 1° *Les formes aiguës :*
- A) Les formes symptomatiques ;
 - B) Quelques formes étiologiques.

- 2° *Les formes chroniques :*
- A) Formes salpingo-péritonéales ;
 - B) Formes annexielles isolées ;
 - C) Accidents évolutifs.

Entre ces deux types extrêmes, il existe naturellement toute une série de formes de transition. D'ailleurs, les formes aiguës peuvent devenir secondairement chroniques et il n'est pas rare de voir des formes à évolution lente ou même latente prendre subitement une allure aiguë. Ceci explique, d'une part, que nous n'ayons pas scindé l'étude anatomo-pathologique en lésions aiguës et lésions chroniques ; d'autre part, qu'il n'y a aucun rapport entre le stade évolutif clinique et le stade évolutif anatomique.

1° LES FORMES AIGUES

Les formes symptomatiques

a) *Tuberculose annexielle à forme de pelvi-péritonite aiguë.* — Cette forme est caractérisée par des signes cliniques d'atteinte péritonéale pelvienne. Elle est intéressante par le fait qu'elle est plus difficile à diagnostiquer que la précédente. *En effet, au cours de toute salpingite banale, le diagnostic de l'étiologie gonococcique est fortement étayé par l'apparition d'une poussée pelvi-péritonitique.* Le diagnostic de tuberculose peut donc

être à ce moment-là infirmé; et pourtant la tuberculose annexielle n'est pas exempte de telles manifestations. Ainsi Terrillon cite le cas d'une femme qui, de 15 à 29 ans, a eu dix-huit poussées de pelvi-péritonite. Rives signale aussi « cette évolution lente mais discontinue ». Il n'est donc pas rare que l'atteinte tuberculeuse des annexes signe son début clinique par une poussée pelvi-péritonite.

Les douleurs sont vives, en général pré menstruelles. Elles siègent au bas-ventre et dans les fosses iliaques, rendant la respiration forcée douloureuse, déterminant une immobilisation de la partie sous-ombilicale de l'abdomen. Le ton péritonéal est donné par quelques nausées, des vomissements verdâtres, un état de sub-occlusion intestinale. La température s'élève à 39°, 40°, avec grandes oscillations. On sent au toucher des masses de consistance inégale dans le Douglas, moins bloquées que dans la pelvi-péritonite banale. L'état général est moins touché que dans la forme précédente. Ici, le traitement médical n'a aucune prise sur les phénomènes morbides.

L'évolution peut se faire, vers la cachexie, avec persistance et aggravation des signes, ou vers une rétrocession relative spontanée. De telles observations de début brutal par pelvi-péritonite se sont pas rares. Thomas, dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie* de 1923, rapporte le cas d'une jeune fille de 20 ans, de santé florissante, sans antécédents génitaux ou autres, qui fut atteinte brusquement de frissons, de fièvre à 40° et présenta tous les signes d'une pelvi-péritonite. L'intervention révéla un pyosalpinx tuberculeux gauche, avec péritonite, sans autre manifestation tuberculeuse.

L'observation I répond à cette forme décrite, particulièrement démonstrative.

b) *Salpingite tuberculeuse aiguë*. — Cette forme signalée par J.-L. Faure, par Rives, dans sa thèse, a été bien étudiée par Dehau. Comme dans toute affection tuberculeuse aiguë, la maladie est précédée d'un cortège de signes prodromiques qui signent l'imprégnation bacillaire avec ses signes généraux et ses signes locaux.

Les malades accusent dans les quelques mois qui précèdent un amaigrissement progressif, de l'asthénie, parfois très marquée, une incapacité pour tout travail intellectuel. L'entourage a remarqué un changement dans le caractère du sujet, avec sautes d'humeur, mais à dominance dépressive. Le soir, le sujet se sent févreux et s'il a la curiosité de prendre sa température, celle-ci marque des ascensions vespérales à 37°8, 37°9. Cette élévation thermique est d'ailleurs plus marquée avec les journées de fatigue qu'après les périodes de repos. Le sommeil est agité, se produisant difficilement, entrecoupé de phases de réveil, pendant lesquelles la malade remarque l'apparition de sueurs. Du côté génital, les règles qui, jusqu'alors, avaient été normales, deviennent irrégulières et douloureuses. Parfois même, il y a aménorrhée complète. Les règles sont suivies d'une leucorrhée, peu abondante, blanc-jaunâtre, peu épaisse, d'apparition spontanée, sans douleur mictionnelle en dehors de tout coït suspect.

Cette période prodromique prend fin, généralement, avec un cycle menstruel. En effet, c'est souvent les premiers jours des règles que la maladie entre dans sa phase de début. Les douleurs deviennent alors plus marquées que d'habitude, la fièvre est plus élevée (38°,

38°5). La malade est obligée de s'aliter. L'examen objectif montre un ventre souple, et un point douloureux à la pression forte dans la région hypogastrique. Le toucher vaginal permet de sentir un utérus mobile, non bloqué et un cul-de-sac empâté, qui fait porter en général le diagnostic de poussée de salpingite banale. On institue alors le traitement classique: glace sur le ventre, injections chaudes résolutives, repos absolu. Mais ce traitement n'a aucune action sur l'affection. Les douleurs, loin d'être calmées par la glace, s'exacerbent au contraire, la température continue à s'élever. L'examen génital permet de se rendre compte de l'extension des lésions aux deux côtés.

A la phase d'état, le tableau clinique devient celui d'une salpingo-ovarite banale, avec toutefois quelques modifications, pour qui observe avec discernement.

Dans la salpingo-ovarite banale, les signes généraux sont surtout caractérisés par la fièvre. A côté de cela, la malade conserve un certain appétit, son embonpoint ne diminue pas. Par contre, les signes fonctionnels locaux y sont très marqués.

Dans la salpingite tuberculeuse aiguë, au contraire, les signes généraux s'accroissent peu à peu et arrivent à attirer toute l'attention sur eux, aux dépens des signes locaux. La courbe thermique est très irrégulière, à aspect bizarre (en clientèle hospitalière, on soupçonne souvent ces malades de truquer leur courbe) avec rémissions matutinales et forte ascension vespérale.

Malgré ce, on arrive à saisir dans la courbe une série de cycles ou de poussées avec période d'ascension et période de descente. L'état général est très touché, le facies est pâle, amaigri, la perte de poids est rapide, le pouls est rapide, la tension artérielle basse. Les signes

fonctionnels consistent en douleurs abdominales basses, leucorrhée, irrégularités menstruelles, constipation. Le toucher vaginal, qui n'est pas douloureux, permet de bien explorer utérus et annexes et de fixer d'une façon précise les signes physiques : on sent, en effet, des masses salpingiennes volumineuses, dures et douloureuses. Ce contraste entre l'extension rapide des lésions, leur importance et leur indolence, est un bon signe en faveur de l'étiologie tuberculeuse. Les tumeurs annexielles sont bosselées, de consistance ferme, avec quelques zones ramollies. Au début, leur mobilité est complète, mais, peu à peu, elles se fixent à l'utérus, se prolagent dans le Douglas, adhèrent au pelvis, si bien qu'en peu de temps l'ensemble utéro-annexiel paraît complètement bloqué au toucher vaginal.

L'évolution de la salpingite tuberculeuse aiguë est irrégulière, capricieuse.

Dans une première éventualité, les signes généraux et locaux s'exagèrent et la malade meurt en plein tableau septicémique.

Parfois, devant la persistance de ces phénomènes, le chirurgien a la main forcée et intervient à chaud. D'autres fois, les lésions évoluent vers la caséification avec constitution des cavités purulentes pouvant se fistuliser spontanément vers le rectum, la vessie ou le vagin.

Parfois, il se produit une amélioration spontanée, pouvant être définitive ou ne constituer qu'une accalmie trompeuse. Les lésions annexielles semblent alors rétrocéder légèrement, perdre leurs adhérences, devenir plus mobilisables. Souvent, le chirurgien profite de cette éventualité pour intervenir.

L'observation II illustre cette forme.

d) *Tuberculose annexielle à forme d'abcès chaud pelvien*. — Parfois, une tuberculose annexielle, jusque-là latente, peut subitement se révéler avec une allure aiguë par l'apparition d'un pseudo-abcès chaud pelvien.

L'affection débute alors par des douleurs vives abdomino-pelviennes avec élévation thermique importante, signes d'infection générale. Le palper abdominal permet parfois de sentir une tumeur douloureuse au-dessus de l'arcade crurale, mais c'est rare. Le toucher fait percevoir dans le cul-de-sac de Douglas une collection liquide bombant fortement dans le vagin. La colpotomie simple ne suffit pas à guérir ces phénomènes qui ne sont que des manifestations contingentes d'une lésion tubaire aiguë. L'observation suivante de Pelloson le démontre.

OBSERVATION IV

(in *Thèse MARTIN*, Lyon, 1905)

Br. J., 18 ans. Entre à la Charité le 21 février 1904. Pas d'antécédents tuberculeux. Début de la menstruation à 11 ans; à 15 ans, périodes d'irrégularités menstruelles, passagères, sans leucorrhée.

L'affection actuelle date de 3 mois. A la suite d'une période menstruelle, apparition de douleurs vives dans la fosse iliaque droite sans vomissements. Reprise du travail au bout de quelques jours, mais réapparition des douleurs. Entré à l'Hospice de Bourgoin, le 2 janvier 1904. Au début de février, fièvre élevée, expulsion abondante de pus par le rectum, mais la fistule se referme, et l'état général reste mauvais.

A l'entrée à l'Hôpital, malade amaigrie. Température oscillante, avec exacerbations vespérales à 39°. Douleurs abdominales vives. Abdomen souple, sauf dans la fosse

iliaque droite, où il y a un empâtement profond, dépassant l'arcade de trois travers de doigt.

Toucher vaginal douloureux et difficile (malade vierge). Empâtement du cul-de-sac latéral droit et du Douglas. Au toucher rectal, collection bombant sur la paroi antérieure du rectum. A droite de l'utérus, masse dure et douloureuse du volume du poing.

Diagnostique: Collection appendiculaire probable.

Intervention le 24 février: voie vaginale. Ponction du cul-de-sac postérieur et débridement. Il s'écoule un bol de pus bien lié.

Pas d'amélioration nette. Persistance d'une température à grandes oscillations; pas d'autres collections perceptibles, mais le doigt introduit dans la poche par l'incision vaginale, sent une masse dure, arrondie, saillante sur la paroi interne de la poche.

Réintervention par voie vaginale, le 30 avril. Agrandissement de l'incision précédente. Le doigt pénètre dans une cavité où se trouvent des masses fongueuses. La poche est constituée par la trompe. Celle-ci est extirpée par lambeaux.

Guérison rapide. Amélioration de l'état général. Sortie le 5 juin.

Examen des pièces: Mascrospiquement, le contenu de la trompe paraît caséux.

Microscopiquement, hémorragies de la séreuse. Signes d'inflammation intense. En un point, follicule tuberculeux net avec cellules embryonnaires entourant un amas de cellules épithélioïdes. En deux autres points, formation épithélioïde disposée en nodules.

d) *Tuberculose annexielle aiguë à forme de péritonite généralisée.* — Targett a insisté longuement sur le fait que, contrairement aux salpingites banales qui sont fermées, la salpingite tuberculeuse est « ouverte ». Nous insisterons ultérieurement sur la béance fréquente de l'ostium abdominale. (Cf. Anatomie pathologique). La contamination péritonéale est donc facile. Ceci explique qu'en clinique de telles formes, quoique rares, soient

parfois observées. Le diagnostic est très difficile et même impossible, sauf dans les cas où les lésions tubaires latentes sont suffisamment avancées pour être reconnues au toucher. Dans tous les cas, il y a une indication opératoire nette et le diagnostic est porté au cours d'intervention. Tixier en a rapporté un cas dans le numéro d'août 1907 de *La Clinique*.

e) *Tuberculose annexielle aiguë à forme de péritonite localisée*. — Cette forme, beaucoup plus fréquente que la précédente, prête souvent à confusion avec l'appendicite aiguë. Il s'agit alors d'une jeune fille ou d'une jeune femme sans antécédents génitaux : pas de leucorrhée, pas de douleurs ; ni avortement, ni accouchement dans les semaines qui précèdent. Le début se fait par des violentes douleurs abdominales, surtout localisées à la fosse iliaque droite, mais s'étendant parfois jusqu'à l'épigastre ou l'hypogastre. La température est élevée, le pouls rapide. La malade vomit, a des nausées. La palpation de l'abdomen dénote une contracture nette à droite. Rien n'attire l'attention du côté génital. Le toucher est souvent négatif. Le diagnostic de l'appendicite aiguë est alors posé. Le plus souvent, on intervient. Lorsque l'appendice présente quelques adhérences ou une légère congestion, on se contente habituellement de la constatation de ces lésions pour faire l'appendicectomie. Les suites opératoires montrent alors que l'intervention n'a apporté aucun changement au cours de l'affection, et une laparotomie itérative est bientôt indiquée, au cours de laquelle on fait le diagnostic.

Lorsque l'appendice est sain, on cherche alors les lésions ailleurs et les lésions tubaires sont alors découvertes.

Le cas le plus complexe est celui où, concurremment à la salpingite aiguë existe une appendicite aiguë de même origine.

Dans ce cas, les lésions appendiculaires sont suffisantes pour justifier la fermeture pariétale sans exploration plus poussée qui risquerait même d'être dangereuse.

D'autrefois, la proximité des lésions annexielles fait que celles-ci ne peuvent passer inaperçues.

Ricard et Comte ont bien étudié la nature et la fréquence des lésions appendiculaires au cours de la tuberculose annexielle et ont rapporté plusieurs observations dont certaines sont typiques.

OBSERVATION V

(RICARD et COMTE, in *Gyn. Obst.*, 1925)

F. Elvire, 36 ans, entre d'urgence le 23 août, à 18 heures, avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Aucun antécédent génital. Réglée à 15 ans, régulièrement et sans douleurs.

Depuis juin 1923, légères douleurs dans la fosse iliaque. Le 22 août, apparition brusque d'une douleur très intense, dans la fosse iliaque, avec vomissements bilieux.

A l'entrée, hyperesthésie généralisée de la peau de l'abdomen. Maximum des douleurs au niveau de la région appendiculaire. Température 39°. Pouls: 120. Toucher vaginal douloureux, sans empâtement des culs-de-sac.

Intervention d'urgence: pas de liquide, pas d'adhérences. Appendice rétro-coecal, filiforme, mais sain; on le laisse. Exploration du pelvis au doigt: négative.

Suites opératoires: Persistance de la température autour de 38°, 39°. Pouls: 100. Mauvais état général. Abdomen douloureux partout mais surtout à droite. Toucher: négatif.

Continuation de la température. Hémoculture et séro-réaction négatives. Le toucher finit par montrer la présence

de deux masses annexielles peu douloureuses, immobilisant et masquant l'utérus. Il s'agit donc d'une péritonite tuberculeuse aiguë due à une poussée annexielle.

Après un séjour dans le Midi, la malade revient en janvier 1924 non améliorée. Laparotomie: double annexite tuberculeuse avec blindage, du petit bassin. Castration totale. Guérison.

OBSERVATION VI

(RICARD et COMTE, in *Gyn. Obst.*, 1925)

Mlle F., 23 ans, entre le 11 septembre pour fistule abdominale gauche. En mars 1921, douleurs abdominales vives. Température élevée à 39°. Amaigrissement, datant de quelques mois. Le 2 avril, la malade est opérée à Belley, pour une grosse suppuration de la fosse iliaque gauche. Le 6 avril, fistule stercorale passagère. Persistance d'une fistule simple, sans fièvre, jusqu'en juin. A ce moment, reprise des douleurs et de la température.

A l'examen, amaigrissement net, mauvais état général, 38°. Au toucher, pelvis blindé par des lésions annexielles étendues, prédominant à gauche. Induration marquée autour de la fistule abdominale.

Intervention le 26 septembre, avec le diagnostic: Tuberculose annexielle. Laparotomie médiane: quelques anses grêles agglutinées par une réaction péritonéale subaiguë, prédominant autour des annexes. Libération de l'S iliaque. On arrive au Douglas, où il y a du séro-pus. Annexité droite volumineuse, peu adhérente; annexes gauches très adhérentes. Castration totale.

La dissection de la fistule abdominale montre qu'elle adhère à la paroi du colon et aboutit à la trompe gauche.

Histologiquement, annexes caséifiées, nettement bacillaires.

Suites opératoires: inoculation tuberculeuse secondaire de la paroi. La fistule ne se ferme qu'en décembre. Guérison.

B) *Quelques formes étiologiques*

Certaines circonstances sur lesquelles nous avons pourtant fortement insisté lors de l'étude étiologique sont, malgré tout, trop importantes pour que nous ne revenions pas à nouveau sur elles.

C'est ainsi que le mariage, avec les premiers rapports sexuels, ont une action certaine sur l'éclosion des symptômes révélant une tuberculose annexielle latente ou incipiente. Ceci s'explique par les traumatismes qu'ils comportent et la congestion pelvienne qui les accompagne. Olivier, Ricard et Comte, Grimault, ont bien mis en valeur l'élément étiologique qu'est le mariage. Le diagnostic est très important à faire dans ce cas où l'on est trop souvent porté à incriminer l'infection blennorragique du partenaire. Il sera plus facile lorsque le conjoint sera exempt de tout antécédent génital.

L'observation n° I, que nous avons rapportée, du Professeur Lapeyre, concernant une femme, jeune mariée depuis un mois, vient illustrer cette étiologie. Il est aussi un autre acte de la vie génitale de la femme ayant un rôle déclenchant de premier plan, c'est l'accouchement ou l'avortement. Ici, traumatisme et congestion pelvienne sont bien plus accusés que lors des premiers rapports sexuels.

Fruhinholtz et son élève Feuillade distinguent deux groupes dans les observations publiées. Dans un premier groupe très rare, l'accouchement est l'agent inoculant de l'infection tuberculeuse. Dans un second groupe, la puerpéralité ne fait que réveiller une tuberculose plus ou moins latente, en lui donnant une allure aiguë. Le début des accidents cliniques peut se produire dans les jours qui suivent immédiatement l'accouche-

ment. Il se produit une élévation thermique, des douleurs hypogastriques, l'émission de lochies fétides et abondantes qui aiguillent vers le diagnostic d'infection puerpérale. Les accidents peuvent revêtir le type de salpingite simple, de pelvi-péritonite ou de péritonite généralisée. Le diagnostic n'est fait qu'au cours de l'observation, si l'on intervient.

Parfois l'affection n'éclate que trois semaines à un mois après l'expulsion du produit de conception et l'on peut alors, surtout si la femme a des antécédents génitaux, songer à une bacillose.

Voici quelques observations intéressantes :

OBSERVATION VII

(TÉDENAT, in *Thèse CAZENEUVE*, Montpellier, 1901)

Femme de 24 ans, début il y a 5 mois après accouchement normal par douleurs dans la fosse iliaque gauche, avec irradiations, lombo-sacrées. Quelques semaines après le début, douleurs abdominales généralisées, augmentation de volume du ventre.

Examen: Dans le Douglas, annexes prolabées, fixées par des adhérences douloureuses. On pense à une annexite bacillaire.

Laparotomie: 6 à 8 litres d'ascite. Tubercules sur l'intestin. Annexite tuberculeuse bi-latérale.

OBSERVATION VIII

(FEUILLADE, in *Thèse Nancy*, 1924)

Malade de 21 ans. Sans antécédents génitaux. Mari sain. Entre à la Maternité le 19 juin 1921. Dès le début de la gestation, pleurésie sèche à droite. Le 19 juin, accouchement

et délivrance sans incidents. Le 21, lochies odorantes, épaissies — $38^{\circ}8$ —. Le 23 céphalée, sensibilité latéro-utérine à droite. Le 28, douleurs abdominales, lymphangite du ligament large — légère submatité de la base droite, avec diminution du murmure. Le 2 juillet, ventre ballonné, utérus gros, annexes empâtées et douloureuses — $38^{\circ}6$ — réaction de Besredka une fois positive. Le 10, cul-de-sac gauche et Douglas douloureux. Le 27, égophonie et souffle aux deux bases pulmonaires, respiration soufflante aux sommets — $37^{\circ}2$ le matin, 39° le soir — ventre volumineux avec flot. Ascite.

Diagnostic: Pleuro-péritonite tuberculeuse du post-partum à point de départ génital.

OBSERVATION IX

(VAUTRIN, in *Gyn-Obst.*, 1923)

Femme de 24 ans. Antécédents héréditaires chargés au point de vue bacillaire. Pas d'antécédents personnels. Grossesse un an après son mariage. Au troisième mois, douleurs dans la fosse iliaque gauche, qui s'atténuent pour disparaître définitivement. Accouchement normal.

Le vingt-deuxième jour, frissons avec fièvre à 40° , douleurs dans le bas ventre à gauche. Utérus normal. Au toucher, phlegmon du ligament large gauche. A partir du troisième mois, fièvre irrégulière avec poussées vespérales à $38^{\circ}5$. Mauvais état général. 4 mois après, persistance de la température. Masse ligneuse dans le ligament large gauche.

Un an après l'accouchement, baisse de la température, augmentation de la tumeur qui devient fluctuante. On pense à un kyste dermoïde suppuré. La collection s'évacue soudain par la vessie.

Intervention: Annexite gauche bacillaire, atteignant surtout l'ovaire. Gros nodules tuberculeux avec amas caséux riches en cellules géantes et épithélioïdes.

Cette observation, qui nous a été confiée par le Professeur Lapeyre, concerne une femme atteinte de gonococcie, ayant avorté depuis trois semaines.

OBSERVATION X

(due à l'obligeance du Professeur LAPEYRE)

Mlle A., 22 ans, entre à la Clinique gynécologique pour douleurs dans le bas-ventre, ces douleurs irradient à droite dans la région lombaire et vers le creux épigastrique. Depuis quelques temps, vomissements, perte d'appétit, digestion longue, constipation.

Pertes blanches abondantes surtout depuis trois mois, les règles sont régulières, durent 8 jours, très douloureuses.

Antécédents: Cette malade est entachée d'antécédents bacillaires (bronchite chronique, adénite cervicale). Gonococcie avouée.

Antécédents génitaux: réglée à 14 ans (règles durant 5 à 6 jours, régulières, abondantes).

Un accouchement il y a 20 mois.

Un avortement il y a trois semaines.

Examen: La palpation de l'abdomen ne révèle aucun point douloureux et ne permet pas de sentir de tumeur abdominale.

Au toucher on sent un utérus situé dans l'axe du vagin mobile non douloureux. Dans les deux culs-de-sac latéraux on perçoit des masses annexielles, volumineuses, très douloureuses.

Intervention: Incision de Pfannenstiel. Blessure de la vessie qui remonte à 10 centimètres au-dessus du pubis, surjet d'enfouissement. On constate l'existence de deux trompes augmentées de volume multi-lobulées, non adhérentes au pelvis, flanquées de part et d'autre par les ovaires augmentées de volume et présentant quelques kystes séreux. On larde les deux ovaires par des coups de thermo-cautère et on suture au catgut fin les tranches ovariennes. Drainage

abdominal, lavage à l'éther du péritoine pelvien, sonde à demeure.

Suites opératoires: Pendant quelques jours, la malade accuse des phénomènes de cystite, la plaie abdominale suppure pendant deux semaines et la malade sort en bon état un mois après l'opération.

Le diagnostic était donc ici: annexite tuberculeuse bilatérale chez une bacillaire avérée.

La laparotomie simple et l'igniponcture des ovaires ont donc amené ici un excellent résultat dans cette forme évolutive *post-abortum*.

II. — LES FORMES CHRONIQUES

A) *Les formes salpingo-péritonéales*

a) *Tuberculose salpingo-péritonéale ascitique* (Moulonguet). — Cette forme se voit spécialement chez les jeunes filles, entre 15 et 20 ans. Elle totalise un cinquième des annexites tuberculeuses.

Voyons sous quel aspect clinique cette forme se présente. Le début en est marqué par des troubles digestifs vagues, tantôt à symptomatologie gastrique, plus souvent à symptomatologie intestinale, sous forme de paresse intestinale, entrecoupée de phases diarrhéiques. Souvent, ces malades accusent des douleurs abdominales sourdes, continues, avec épisodes paroxystiques. L'état général s'altère, « la malade languit, maigrit, se décolore, perd plus ou moins ses forces » (Grisolle). La fièvre est peu élevée, mais l'élévation vespérale est assez nette pour être notée facilement. La menstruation est très troublée: parfois elle ne s'est jamais produite, surtout quand la malade est assez jeune; en effet, chez

ces jeunes filles atteintes d'imprégnation bacillaire génitale, les règles s'installent très tard. Parfois elles sont très irrégulières, douloureuses. Il n'est pas rare que la menstruation cesse complètement.

L'examen de la malade montre, du point de vue abdominal, au début, une légère contracture pariétale, qui cesse bientôt avec l'apparition des signes d'une ascite libre : matité dans les flancs, mobile avec le changement de position ; matité hypogastrique dans la position debout, flot trans-abdominal, sonorité péri-ombilicale. Il n'existe pas de circulation collatérale ni de signes compressifs vasculaires quelconques.

Le ventre augmente alors peu à peu de volume, l'ascite peut atteindre jusqu'à 7 et 10 litres. L'exploration gynécologique, lorsqu'elle est possible, montre peu de lésions annexielles, le plus souvent pas du tout, mais permet de constater les stigmates de l'infiltration bacillaire génitale, c'est-à-dire un corps utérin, petit, hypoplasique, droit, un col minuscule, conique.

A côté de ces formes ascitiques libres, on peut rencontrer des formes locales, dont la plus fréquente est la forme enkystée au Douglas. L'évolution de cette « ascite essentielle des jeunes filles » peut se faire vers l'aggravation et la transformation en la forme ulcéro-caséuse. On peut aussi voir se produire des guérisons spontanées, qui ne sont que des guérisons apparentes, car il n'est pas rare de voir ultérieurement survenir des récidives habituellement non ascitiques. Enfin, nous signalons dès maintenant l'heureuse influence du traitement chirurgical et physiothérapique sur ces formes.

b) *Tuberculose salpingo-péritonéale fibro-caséuse*. — C'est la forme de beaucoup la plus fréquente et, malheureusement, la plus difficile à traiter. Elle frappe plutôt

les femmes adultes. Tantôt cette forme succède aux autres formes anatomo-cliniques, car c'est elle qui constitue l'extension ultime des lésions, tantôt elle a un début torpide, peu bruyant, tantôt, au contraire, elle débute par un épisode aigu à grand tapage.

Une fois constituée, elle diffère assez peu du tableau des salpingites banales; toutefois, à bien étudier certaines conditions un peu spéciales, le diagnostic ne peut gagner qu'en précision. Il y a gros intérêt à préciser les antécédents, morbides et physiopathologiques, de ces malades.

Beaucoup nous révélerons l'existence d'une ascite de l'adolescence, guérie souvent spontanément (observation XI). D'autres auront des antécédents bacillaires plus nets, pleurétiques ou scrofuleux. Les fonctions génitales n'auront pas été toujours normales: certaines femmes n'ont jamais été réglées (Kreis), d'autres l'ont été plus tardivement, à 17 et même à 20 ans. La dysménorrhée est très fréquente et aurait, pour Wolff, une valeur de premier ordre, surtout lorsqu'elle s'est manifestée dès le début de la menstruation.

L'attention a été attirée par Hartmann-Keppel sur la fréquence des métrorragies et des ménorragies virginales. Guillemin, Durach, Grimault, ont illustré ces assertions par plusieurs observations rapportées à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie.

Les pertes blanches, verdâtres, fétides, se rencontrent souvent chez ces malades, indemnes de tout antécédent blennorragique ou puerpéral, souvent même stériles ou vierges.

Les premiers rapports sexuels sont souvent la cause déclenchante de l'affection; très fréquemment, aussi, le début coïncide avec une période menstruelle.

Un signe sur lequel les auteurs ont peu insisté, mais que nous avons trouvé dans quelques observations, en particulier celle de Hamant, de Duroch, consiste en l'apparition de douleurs vives au moment des rapprochements sexuels, rendant ceux-ci parfois intolérables.

Voilà les renseignements que nous donnera l'interrogatoire de telles malades. Leur état général est très variable. Certaines évoluent rapidement vers la cachexie, d'autres conservent longtemps un état floride. La fièvre est un signe très inconstant. Les troubles menstruels actuels consistent soit en aménorrhée, soit en métrorragies ou ménorragies (Barthélemy) (obs. XII). Pour Grennberg, ces dernières existaient dans 41 % des cas. L'examen clinique, dans cette forme fibro-caséuse, amène souvent à la constatation de deux paradoxes qui ont une valeur considérable pour le diagnostic étiologique; c'est, 'une part, la coexistence d'un mauvais état général avec une petite annexite; d'autre part, l'existence d'une grosse pelvi-péritonite avec un état général satisfaisant. Si l'on se rapporte au chapitre anatomique, concernant cette forme, on voit que la schématisation clinique est impossible. A l'examen de l'abdomen on sent une paroi en « sub-défense » (Braude), au-dessous de laquelle on devine un épaississement péritonéal recouvrant des masses caséieuses de disposition très variables. Le toucher vaginal fait constater habituellement une infiltration de tout le petit bassin par une série de masses, de volume et de consistance variables, par endroits fluctuantes, en d'autres points indurées et parmi lesquelles il n'est pas possible de localiser les annexes. Malgré tout, cette exploration vaginale permet de préciser certains détails très importants. Le col est petit, conique, non déchiré, non ulcéré,

éloignant ainsi l'idée d'une infection génitale par voie basse. De plus, on remarque l'importance, « la généralité » de l'atteinte péritonéale qui, à l'examen prime, masque, dépasse l'atteinte annexielle. Enfin, on est parfois étonné de trouver, chez une femme se plaignant depuis peu, des lésions très avancées. Ce dernier point, sur lequel nous avons déjà insisté, est un bon signe de bacillose génitale. Il n'y a aucune correspondance entre le stade évolutif anatomique et le stade évolutif clinique.

L'évolution de la salpingo-péritonite est très variable. Elle peut être marquée par l'apparition de périodes fébriles avec ascension thermique à 40° et 41°, pendant lesquelles les douleurs s'exacerbent. On peut même assister à des poussées successives de pelvi-péritonite, contre lesquelles tout traitement médical est inefficace. On a décrit sous le nom de signe de Terrillon cette récurrence des accidents et l'impuissance du traitement médical contre eux.

A tout moment, la malade est à la merci d'une évolution suraiguë avec granulie généralisée. La mort peut aussi se produire par la survenue d'accidents évolutifs que nous étudierons ultérieurement et qui n'appartiennent pas en propre à cette forme.

Une modalité, particulièrement intéressante par la difficulté de diagnostic, est la forme métrorragique pure de Hartmann-Keppel.

Les observations suivantes, rapportant des cas de gravité variable, nous ont été communiquées par le Professeur Lapeyre :

OBSERVATION XI

(DE ROUVILLE, *due à l'obligeance du Professeur LAPEYRE*)

Mme D. E..., 33 ans, entre à la Clinique pour douleurs abdominales.

Il y a deux ans, elle a eu un accouchement après lequel elle est restée fatiguée et même alitée. A ce moment, elle a remarqué que son ventre augmentait de volume. Son médecin a porté le diagnostic d'ascite, et progressivement, par le repos, son ventre a diminué de volume, l'ascite a disparu. Toutefois, elle a conservé une douleur sourde et continue un peu à gauche de l'ombilic. Elle a, depuis une fatigue facile, des sensations nauséuses, la position debout prolongée lui est impossible.

Règles très irrégulières, tantôt importantes, tantôt très peu abondantes, apparaissant en avance, de préférence.

Antécédents: Réglée à 16 ans. Six grossesses à terme; deux enfants morts à 15 jours et à 1 mois. Quelques pertes blanches.

A eu autrefois une pleurésie, dont il ne persiste aucun signe clinique.

Deux sœurs bacillaires.

Examen: L'inspection ne révèle rien de particulier, pas plus que la palpation. Le toucher vaginal permet de sentir les culs-de-sac latéraux légèrement douloureux, sans tumeur perceptible.

Diagnostic: Annexite et péritonite bacillaire.

Intervention: Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Le péritoine et les annexes sont le siège d'une congestion légère et on voit à leur surface quelques tubercules crus. On pratique une double ovariectomie, on lave la cavité péritonéale au sérum chaud et, après insolation, on suture la paroi en trois plans.

OBSERVATION XII

(DE ROUVILLE, due à l'obligeance du Professeur LAPEYRE)

Mme B..., 26 ans, entre à la Clinique pour douleurs abdominales. A toujours souffert au moment des règles mais depuis trois mois souffre beaucoup plus au niveau des deux fosses iliaques surtout à gauche. Pas de pertes blanches, pas de métrorragies.

Antécédents: Réglée à 13 ans. Règles douloureuses pendant toute la durée, trois jours, très abondantes. Ni grossesse, ni fausse couche. Pas d'antécédent tuberculeux personnel.

Mari bacillaire.

Examen: Au toucher, on sent le col allongé avec un orifice punctiforme, regardant en avant et en haut sous la symphise; corps en rétroversion dans le Douglas, irréductible, douloureux à la mobilisation. Cul-de-sac droit: masse de la grosseur d'une noix, fluctuante (?), empatement douloureux. Cul-de-sac gauche: douloureux, masses annexielles plus difficiles ici à sentir.

Opération: Après incision on tombe sur un diaphragme d'adhérences reliant l'intestin aux annexes et à la vessie, recouvrant l'utérus impossible à voir à première vue, ainsi que les annexes droites et gauches congestionnées. On libère avec peine les adhérences et on repère l'utérus. On va alors à la recherche des masses annexielles grosses, fixes, et adhérentes, se déchirant sous toute traction un peu forte. Un volumineux abcès salpingien est rompu au cours des manipulations. Le Douglas est lui-même occupé par une collection de matières caséuses semblables à du mastic. Hystérectomie sub-totale: péritonisation avec l'anse sigmoïde.

Examen des pièces: pyo-salpinx tuberculeux.

Diagnostic salpingo-péritonite fibro-caséuse à forme de double pyo-salpinx.

OBSERVATION XIII

(due à l'obligeance du Professeur LAPEYRE)

Mme G., 20 ans, entre à la Clinique gynécologique, le 18 mai 1933 pour salpingite suppurée bi-latérale. Le début de la maladie remonte à huit mois environ et s'est fait par des douleurs à prédominance gauche accompagnées de poussées thermiques. Pas de pertes blanches.

Antécédents généraux: Rien à signaler.

Antécédents génitaux: Réglée à 12 ans, règles régulières, non douloureuses durant 4 à 5 jours abondantes. Pas d'interruption.

Vie génitale: Mariée depuis 2 ans; ni grossesse, ni fausse couche.

Examen: Le 23 mai: femme très maigre, ventre excavé, la palpation semble réveiller une douleur assez vive, dans la zone ovarienne gauche. Au toucher, le col est petit, conique, regardant l'axe du vagin. Dans le cul-de-sac antérieur il semble que l'on perçoive le corps utérin; cependant on a l'impression au toucher et palper combinés que ce corps remonte à 10 centimètres au-dessus de la symphise comme s'il existait un fibrome du fond utérin. La mobilisation est douloureuse. Dans le cul-de-sac droit, on perçoit les annexes augmentées de volume et douloureuses. Le cul-de-sac gauche est tendu, non dépressible, occupé probablement par les annexes emflammées. Le cul-de-sac postérieur est libre.

Au spéculum: Col petit, orifice punctiforme, sans aucune trace d'inflammation. L'hystéromètre s'enfonce à deux centimètres; on ne pousse pas plus avant l'exploration de la cavité utérine, les règles de la malade débutant.

Le 30 mai: L'utérus est petit, lésions annexielles à droite très nettes; du côté gauche lésions plus considérables, ce que l'on sent au-dessus de l'utérus est probablement une dilatation kystique d'origine annexielle.

Diagnostic: Annexite bacillaire bi-latérale.

Intervention le 31 mai 1933. Laparotomie médiane sous-ombélicale; à l'ouverture du ventre on trouve l'épiploon

adhérent. On le dégage et on aperçoit des poches de péritonite kystique. Une anse grêle est adhérente à l'ovaire droit; dégagement, et suture en bourse. On trouve dans le pelvis une masse constituée par l'utérus et les trompes agglomérées avec des anses grêles adhérentes. Après avoir isolé l'utérus et les annexes on voit qu'à droite elles sont enflammées, la trompe est augmentée de volume. Il existe sur l'ovaire droit un petit abcès ovarien qui est réséqué. A gauche, lésions beaucoup plus avancées. Masses ovariennes polykystiques avec une poche beaucoup plus volumineuse coiffant l'utérus. La trompe est distendue. La poche se perfora au cours de l'opération et il s'en écoulait un pus d'odeur fétide.

Ablation des annexes gauches, mise en place d'un drain et d'une mèche pour l'hémostase.

Examens de la pièce: Il s'agit manifestement de lésions tuberculeuses; les follicules de Koëster et les cellules géantes sont très abondantes. Dans le pus de la trompe on n'a pas vu de bacilles de Koch, mais il existe quelques rares diplocoques à gram positif. Le 25 juin la malade sort après avoir refusé de parfaire les résultats de l'intervention par une série de séances de rayons ultra-violet.

c) *Tuberculose salpingo-péritonéale fibro-adhésive.* — Cette forme est caractérisée par l'allure spéciale du processus tuberculeux qui ne tend pas vers le ramollissement mais qui consiste uniquement en la constitution d'adhérences serrées et solides entre le tractus génital, les parois pelviennes, le tube digestif et l'épiploon.

Dans cette forme, souvent latente, les troubles fonctionnels locaux ou généraux sont presque absents. Ils consistent plus souvent en douleurs à type très vague, à exacerbation n'ayant aucun rapport avec les règles, se produisant d'ailleurs sans fièvre. Quelques troubles digestifs vagues font porter le diagnostic, sans conviction d'ailleurs, de pré-iviscérite. Parfois les troubles

du transit sont plus nets; le syndrome de Kœnig, au complet, a été observé. L'examen génital donne peu de renseignements, si ce n'est l'hypoplasie utérine et les signes d'imprégnation bacillaire du tractus génital. Rarement, on sent les trompes augmentées de volume, l'ensemble reste relativement mobile. Le diagnostic n'est fait, le plus souvent, que par l'apparition d'une complication, comme l'occlusion intestinale.

Celle-ci s'explique facilement par la difficulté de la circulation digestive, créée par les coudures et les brides du processus fibro-adhésif.

B) *Les formes annexielles isolées*

Ces formes ont une importance chirurgicale considérable, car on n'y rencontre pas de lésion péritonéale marquée et leur exérèse opératoire en est ainsi facilitée, rendant le pronostic meilleur.

Il existe, bien entendu, tous les intermédiaires entre les formes isolées pures et les formes salpingo-péritonéales. Elles ont été bien étudiées dans les thèses d'Albertin, de Bertrand, de Rives, de Pellegrin.

a) *Abscès froid tubaire.* — Cette localisation tuberculeuse est la signature d'une infection atténuée, chez un sujet qui se défend bien. Les signes cliniques en sont très frustes, et, en général, c'est à l'occasion d'un examen génital que l'on découvre l'affection. Le plus souvent, d'ailleurs, celle-ci entre en scène par des accidents aigus, sur lesquels nous reviendrons. Rarement, le volume de l'abcès est suffisant pour pouvoir être perçu à la palpation abdominale. Le toucher vaginal est seul capable de donner des renseignements intéressants. On sent, dans chacun des culs-de-sac, de part et d'autre

de l'utérus, deux masses arrondies ou ovoïdes, de consistance variable, tantôt renflement, tantôt fluctuante, bien limitées, mobiles, indolores. On constate ici, aussi, les signes d'infantilisme utérin que nous connaissons bien. Ces signes, associés à la bilatéralité et aux antécédents de la malade, constituent un excellent appoint de diagnostic.

L'évolution de ces abcès se fait très lentement, soit vers la propagation péritonéale, soit vers la torsion ou la rupture que nous envisagerons.

L'observation n° XIV, publiée plus loin, est typique à ce point de vue.

b) *Hydrosalpinx tuberculeux*. — Cette forme est très rare, encore discutée par quelques auteurs, admise avec des preuves sérieuses par d'autres (Penrose, Lecène). Leur évolution est absolument torpide et ils constituent le plus souvent une découverte opératoire.

c) *Tuberculose de l'ovaire isolée*. — La localisation stricte de la tuberculose sur la trompe se voit très rarement. Actuellement, dans la littérature on n'en compte qu'une quinzaine d'observations, dont dix sont contenues dans la thèse de Rives.

Ces abcès froids de l'ovaire sont habituellement latents et se découvrent, soit en cours d'intervention, soit à l'occasion d'une complication: rupture, surinfection.

Une forme particulière est la tuberculisation des kystes de l'ovaire, étudiée par Forgue et Chauvin. Il n'en existe que quelques observations dont peu sont absolument démonstratives. Nous voyons donc que cette tuberculose annexielle isolée, qui constitue pour

tant une éventualité favorable, est très rare, car le plus souvent elle procède de lésions utérines déjà constituées et, de plus, elle a tendance, comme toutes les formes que nous avons mentionnées, à empiéter sur le péritoine.

C) *Accidents évolutifs*

L'évolution de la tuberculose annexielle chronique peut être entrecoupée d'accidents nombreux, de gravité et de fréquence variables.

En premier lieu, nous citerons les poussées aiguës de pelvi-péritonite ou de péritonite généralisée qui nous placent alors dans le cadre des formes aiguës.

D'autres complications tiennent à l'organisation du processus adhésif qui agglutine intimement annexes, épiploon, tractus digestif, créant dans ce dernier des obstacles à la circulation avec occlusion intestinale.

Certaines éventualités tiennent à l'existence même de collections liquides suppurées ou séreuses, qui, comme toutes les autres, peuvent s'infecter secondairement, ou se rompre dans des cavités séreuses, muqueuses ou à l'extérieur, déterminant l'apparition de fistules. Enfin, l'existence de collections libres et mobiles à l'intérieur de la cavité péritonéale expose celles-ci au risque de torsion.

a) *Occlusion intestinale.* — L'occlusion intestinale observée au cours de la tuberculose annexielle est le plus souvent un iléus mécanique. Celui-ci se produit par coudure d'une anse grêle adhérente au fond du pelvis, ou par coudure sur bride. L'occlusion peut se faire aussi par étranglement interne : l'épiploon et les anses grêles elles-mêmes forment souvent, par le jeu des adhé-

rences, de véritables anneaux entre eux, et les annexes ou les parois, dans lesquels, l'intestin engagé, peut s'étrangler comme dans un orifice herniaire.

Cliniquement, cette complication peut survenir au cours d'une affection connue, le diagnostic en est alors simple.

Mais, plus souvent, l'occlusion survient comme phénomène révélateur de la tuberculose annexielle. Parfois, l'examen clinique permet de soupçonner la cause de l'iléus; en tous cas, l'indication opératoire est formelle et le diagnostic est fait en cours d'intervention. Le tableau est assez dramatique: douleurs violentes avec coliques intermittentes et péristaltisme visible, météorisme d'abord péri-ombilical, puis généralisé, vomissements d'abord bilieux, puis fécaloïdes, arrêt des matières et des gaz, intoxication générale croissante. Dans l'étranglement interne, le tableau s'installe plus lentement. De toute façon, l'évolution spontanée se fait fatalement soit vers la mort par toxémie ou par péritonite suraiguë, soit vers la constitution d'un phlegmon pyostercoral et fistule intestinale cutanée.

L'iléus paralytique est observé dans les formes aiguës de péritonite généralisée ou localisée et, dans ces cas, n'est qu'un élément de second plan dans les manifestations cliniques.

b) *Les fistules.* — L'extension centrifuge du processus tuberculeux explique ici, comme dans toutes les atteintes bacillaires caséuses, la formation fréquente de fistules. La fistulisation d'une collection suppurée tubaire, ou péritonéale, peut se faire vers une cavité muqueuse ou vers l'extérieur. La communication des cavités abcédées peut se faire vers l'intestin. L'ouver-

ture se traduit alors par une débâcle intestinale considérable, suivie d'une phase entéritique aiguë. La cavité fistulisée ne tarde pas à s'infecter secondairement avec l'apparition des signes d'une suppuration profonde, fièvre hectique, septicémie chronique et cachexie terminale avec développement possible d'amylose viscérale.

La fistulisation peut se faire vers les voies urinaires, en particulier la vessie (Violet et Chaliér). La malade présente alors tous les signes d'une cystite aiguë: douleurs vésicales, mictions fréquentes, impérieuses et douloureuses. La fistulisation s'accompagne souvent d'hématurie. L'atteinte tuberculeuse s'installe alors sur les muqueuses urinaires. D'ailleurs, si celles-ci étaient déjà infectées, l'infection secondaire se produit rapidement dans le foyer primitif.

Enfin, le pus caséeux peut se faire jour vers la peau ou vers le vagin. Cette ouverture est précédée d'une phase d'infiltration cutanée avec teinte violacée de la peau qui est soulevée, tendue, mais sans les signes majeurs de l'inflammation. Une ponction, faite en temps utile, permet de retarder l'évolution. Un fait capital dans l'évolution de ces fistules, c'est que leur production, loin de calmer les signes observés jusque-là, ne font que les aggraver, entraînant même une atteinte de l'état général très grave, due à l'infection secondaire inéluctable. Turnesco et Lory, Lenormant et Moulonguet, Douay, ont fortement insisté sur ce point.

c) *Rupture des pyosalpinx tuberculeux.* — Les pyosalpinx tuberculeux peuvent, comme les autres pyosalpinx, se compliquer de rupture et donner un syndrome de perforation viscérale, avec réaction péritonéale, simulant par exemple une appendicite perforée.

Porcher, dans sa thèse, cite une observation de Camelot, très intéressante :

OBSERVATION XIV

Mlle D..., 18 ans. Antécédents chargés; à 14 ans, affection

fébrile de 6 semaines, étiquetée typhobacillose. Un an après, poussée de rhumatisme probablement tuberculeux, puis péritonite et pleurésie. Soignée depuis lors comme bacillaire, mais sans lésions pulmonaires. A fait plusieurs séjours en Savoie.

Réglée à 13 ans. Irrégulièrement et avec douleurs.

Le 20 mars 1929, quelques douleurs dans le côté droit du bas-ventre, avec un peu de température, faisant porter le diagnostic d'appendicite légère. Dans la nuit du 26, elle est prise d'une douleur très violente dans la fosse iliaque droite, se lève et tombe en syncope. Le médecin traitant, appelé aussitôt, pense à une perforation appendiculaire. Le Docteur Camelot voit la malade très rapidement après le début des accidents, constate une défense musculaire nette dans tout le côté droit du bas-ventre. Température 38°5. Pouls: 96. Sensibilité vive du Douglas; au toucher rectal (malade vierge) il confirme le diagnostic du confrère.

Opération d'urgence. Incision de Jalaquier. Anses grêles, cæcum et appendice sains, mais baignant dans du pus, sans signes d'inflammation du péritoine. La main, plongeant dans le pelvis, y sent des annexes droites volumineuses. L'incision est prolongée en bas. La trompe droite est grosse deux fois comme le pouce, sinueuse, son extrémité externe repliée en dedans et accolée avec l'ovaire à la face postérieure de l'utérus. Elle présente, à son tiers inférieur une perforation large d'un demi centimètre, d'où s'écoule du pus. Ablation des annexes droites. A gauche, trompe dure, du volume d'un crayon; on la laisse. Mickulicz dans le côté droit du pelvis.

Suites opératoires bénignes: Persistance d'un fistule pariétale. Héliothérapie. Antigène méthylique sous-cutané.

Amélioration de l'état général. Réapparition des règles avec écoulement de sang par la fistule. Lésions du côté gauche en voie de régression.

d) *Torsion des abcès froids tubaires.* — La mobilité de ces formations dans la cavité péritonéale et la gracilité de leur pédicule permet leur torsion facile. Les observations en sont toutefois rares dans la littérature. Elle a été signalée, en premier lieu, par Pompe von Merderwoort. Récemment, le Professeur Lapeyre et Fayot, Weiss et Mathieu, Hartmann, Chastenet de Géry et Lacroix, en ont rapporté des cas. La torsion se manifeste par une douleur vive, transfixiante (avec iléus paralytique réflexe). L'abcès, en se tordant, peut exécuter un certain nombre de tours puisque Hartmann l'a trouvé tordu trois fois, dans le cas qui suit une fois et demi. Voici l'observation publiée par le Professeur Lapeyre et Fayot :

OSBERVATION XV

(In *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1933, p. 76)

Anna A., jeune fille de 25 ans entre à la Clinique gynécologique de l'Hôpital Suburbain, le 14 septembre 1931. Sept à huit mois auparavant, elle a ressenti brusquement des douleurs très vives dans le bas-ventre qui se sont accompagnées de vomissements et de fièvre. Cette crise n'a duré que deux ou trois jours; dans la suite, douleurs abdominales, sourdes jusqu'au début du mois de septembre, date à laquelle se produit une deuxième crise douloureuse, plus intense et plus longue que la première; c'est à ce moment que la malade entre à la Clinique gynécologique.

Les règles sont abondantes, régulières non douloureuses.

On relève dans les antécédents une pleurésie séro-fibrineuse à droite en 1926; une deuxième, de même nature, à gauche en novembre 1927,

A l'examen: Tout le pelvis paraît occupé par des masses dont le pôle supérieur est perçu à deux ou trois travers de doigt du pubis. Elles sont dures, douloureuses et paraissent fixées. Le toucher vaginal est rendu impossible par l'intégrité de l'hymen. Le toucher rectal permet d'atteindre le pôle inférieur des masses pelviennes qui paraissent occuper et bloquer tout le petit bassin.

Durant toute l'évolution de l'affection, la malade, à part les périodes de crise, est restée apyrétique.

Etant donnés les antécédents bacillaires de la malade, le diagnostic de tuberculose génitale ne faisait pas de doute. Restait à en préciser la forme anatomique.

Les caractères physiques: masses dures, douloureuses, fixées, étaient telles que l'on se crut en présence d'une de ces formes génitales ulcéro-caséuses qui, faisant un seul bloc des organes et des parois du petit bassin, ne se prêtent, nullement à l'exérèse chirurgicale.

On entreprit donc le traitement médical, en se réservant d'intervenir au cas où il ne donnerait pas de résultats suffisants.

En septembre et octobre 1931, traitement par la méthode de Finikoff: huit injections de 10 cc. et de 1 cc. de teinture d'iode; absorption de sels de calcium.

En novembre, 30 séances de rayon ultra-violets.

A la suite de ce traitement, les masses pelviennes paraissent diminuer de volume; leur pôle supérieur s'abaisse, si bien qu'on parvient difficilement à l'atteindre par le palper. D'autre part, la malade accuse une diminution très nette de ses douleurs.

Ces résultats nous encourageant à poursuivre le traitement médical, on fait, en décembre, six injections de vaccin de Vaudremer.

En mars 1932, la malade, qui était restée apyrétique et ne souffrait presque plus, présente une crise douloureuse abdominale analogue à celles qui avaient marqué le début de sa maladie, avec vomissements et fièvre, d'une durée de quelques jours. En juin, réapparition de douleurs sourdes et continues. Comme d'autre part, on constate que les masses pelviennes, bien que paraissant beaucoup moins considéra-

bles, qu'au début, ne régressent plus depuis quelques mois, on décide de faire une laparotomie pour préciser la nature anatomique des lésions et réaliser tout au moins l'exposition à l'air, si l'exérèse apparaissait impossible.

Le 20 juin 1932, intervention sous rachi-anesthésie (12 centigrammes de syncaïne). Laparotomie sous-ombilicale médiane. Le péritoine pelvien est dépourvu de toute lésion tuberculeuse, sauf au niveau d'une zone très réduite de l'utérus où l'on aperçoit quelques granulations; ce fait mis à part, l'utérus est normal. Les deux trompes sont renflées chacune en un pyosalpinx qui a la forme et le volume d'une petite aubergine et qui est rattachée à l'utérus par la portion isthmique, étiré, allongé, et qui paraît indemne. A gauche la trompe a basculé dans le Douglas; à droite, le pédicule du salpinx s'est tordu d'un tour et demi. L'ovaire droit est kystique, l'ovaire gauche paraît à peu près sain. Il n'y a aucune espèce de lésion péritubaire, aucune adhérence, sauf au niveau du pédicule tordu, sur lequel se fixait une bride épiploïque. On pratique à gauche une salpingectomie; à droite, une castration; on laisse donc en place l'utérus et l'ovaire gauche.

Fermeture en trois plans; suites opératoires normales.

Les pièces sont constituées par deux pyo-salpinx, d'une contenance de trois cents ou cinq cents cc., chacun à paroi parfaitement régulière et lisse. Une ponction pratiquée dans l'un d'eux a permis de retirer quelques cc. de pus; l'examen bactériologique n'a pas montré de germes.

Il s'agit, sans aucun doute, de la forme de tuberculose génitale, connue depuis Albertin, sous le nom d'abcès froid tubaire.

e) *Les tuberculoses annexielles réchauffées.* — Il n'est pas question ici des cas où la tuberculose s'est installée sur des trompes déjà touchées par le gonocoque ou le streptocoque, mais de ceux où une tuberculose pure jusqu'alors s'est trouvée réchauffée par une infection

secondaire. Les germes en cause sont variés; on a rencontré le gonocoque (Pénaire), le streptocoque (Gandy), le pyocyanique, le tétragène (Jayle), le colibacille. Cette surinfection peut se faire de différentes manières.

Elle peut être d'origine génitale, lorsque le gonocoque est inoculé secondairement, ou lorsque le réchauffement survient au cours de la puerpéralité.

L'infection d'origine intestinale est la plus fréquente. Elle est nette dans le cas de fistulisation dans l'intestin. Elle se fait par l'intermédiaire des adhérences intestinales ou appendiculaires, aux annexes dans les autres cas. Enfin, cette infection, d'origine digestive, peut n'être qu'un exemple du syndrome entéro-génital de Basset et Poincloux.

L'origine sanguine de la surinfection est bien plus rare et ne peut être invoquée que lorsque les autres causes n'existent pas.

Au point de vue clinique, l'association du bacille de Koch et des pyogènes est caractérisée par la place de premier plan que prend la surinfection, masquant ainsi la symptomatologie tuberculeuse. Les modalités anatomiques peuvent ressembler à toutes celles de l'infection pyogène isolée, depuis la simple salpingite catarrhale jusqu'au véritable pyosalpinx, les abcès chauds pelviens et les poussées de pelvi-péritonite.

L'observation suivante de Lenormant et Moulonguet est typique:

OBSERVATION XVI

(in *Gyn. Obst.*, 1920)

Laly P..., 26 ans, entre pour salpingite, menstruation normale, leucorrhée ancienne, amaigrissement récent.

Début brusque la veille, 26 février 1920, par des douleurs abdominales violentes et vomissements. A l'examen: utérus

repoussé à gauche, par une volumineuse masse annexielle droite, mal limitée, douloureuse. Le 11 mars, douleurs très vives, 42°2. Pas d'amélioration par le traitement médical. Mauvais état général.

Laparotomie le 3 avril. Adhérences intestinales, masquant le bassin. Hystérectomie par hémisection utérine. A gauche, grosse trompe boudinée; à droite, à côté de la trompe, collection séreuse et abcès à pus fétide.

Suites opératoires satisfaisantes malgré une fistule stercorale vaginale passagère.

Examen des pièces: Trompe gauche épaissie, sans pus, mais abcès situé entre son pavillon et la paroi pelvienne. Collections suppurées multiples de l'ovaire gauche. A droite, salpingite avec petit abcès. Histologiquement tuberculeuse annexielle.

Cette étude clinique terminée, nous pensons ne pas trop avoir avancé lorsque nous avons dit que la tuberculose annexielle pouvait tout simuler. Les manifestations sont particulièrement difficiles à déceler et à apprécier; son évolution est souvent bizarre. Or, nous pensons que cette difficulté même et cette bizarrerie sont, jusqu'à un certain point, en faveur de l'étiologie bacillaire. Nous terminerons cette étude en mettant en vedette quelques faits qui, pour nous, sont très importants:

1° *L'absence de correspondance entre le stade évolutif anatomique et le stade évolutif clinique;*

2° *La dissociation entre l'intensité des signes généraux et des signes locaux, et ceci dans les deux sens;*

3° *L'évolution capricieuse, rebelle aux moyens thérapeutiques ordinaires.*

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la tuberculose annexielle passera par plusieurs stades. Le stade clinique, étayé par les examens de laboratoire, les constatations opératoires, l'examen histo-pathologique. Suivant la complexité du cas, le diagnostic sera fait plus ou moins tôt, tantôt par la seule ressource de la clinique, tantôt recourrant à l'ultime moyen du microscope.

La phase clinique. — Les éléments cliniques du diagnostic de la bacillose annexielle sont constitués par les différents points sur lesquels nous avons insisté.

Tout d'abord, la recherche minutieuse dans les antécédents de tout ce qui peut être de nature tuberculeuse : adénopathies cervicales, scrofule, pleurésies séro-fibreuses, bronchites à répétition, tuberculose pulmonaire, péritonite, ascite, suppurations osseuses ou articulaires. Ces différents antécédents seront d'ailleurs corroborés lors de l'examen par la recherche de leurs séquelles ou de leur cicatrice : écrouelles, déformations osseuses, rachidiennes, ankyloses. Chez les ascendants et les collatéraux, l'existence d'une tuberculose contagieuse pourra, dans les cas frustes, être d'un bon appoint au diagnostic.

Le passé génital physio-pathologique doit être soigneusement élucidé : règles installées tardivement, irrégulières, douloureuses, parfois aménorrhée complète.

La leucorrhée, abondante, verdâtre, fétide, sans cause possible d'infection génitale, à *plus forte raison chez les vierges*, est un signe de présomption important.

Quant aux signes de la maladie actuelle, le syndrome d'imprégnation bacillaire est souvent constant et est facilement reconnaissable.

Les troubles menstruels installés depuis le début de la maladie sont intéressants s'ils consistent en métrorragies ou en ménorragies. Enfin, si l'affection a débuté à l'occasion d'une période de règles, ou quelque temps après le mariage, l'accouchement ou l'avortement, l'absence de signes d'infection, gonococcique ou puerpérale est grandement en faveur de l'étiologie bacillaire.

Les signes cliniques sont trop variables à la fois et trop semblables à ceux des autres affections annexielles pour avoir quoique ce soit de pathognomonique.

L'existence de lésions bilatérales, leur étendue « *trop grande* » pour une affection cliniquement au début, est un bon signe de tuberculose, de même que les *stigmata d'infantilisme utérin*. Le manque de correspondance entre la gravité de l'état général et l'état local est aussi une présomption nette.

L'évolution elle-même, rebelle aux thérapeutiques classiques, est un élément de diagnostic important. Cette évolution se fait par poussées successives, parfois très rapprochées.

Quoiqu'il en soit, bien souvent ces éléments de diagnostic positif n'existent pas ou sont trop peu nets pour entraîner la conviction. Le clinicien a alors recours aux examens biologiques.

LES EXAMENS BIOLOGIQUES

Ceux-ci peuvent porter sur l'examen des différentes sécrétions, des humeurs ou sur le comportement de l'organisme lors de l'introduction de certains produits biologiques.

L'analyse histo-bactériologique des sécrétions vaginales et utérines dans la tuberculose pure donne peu de renseignements. Rarement les pertes blanches renferment le bacille de Koch. L'absence de gonocoque n'a en réalité aucune valeur, car nous savons combien il est rare de déceler ce germe dans les sécrétions utérines au cours des affections chroniques. D'ailleurs, sa présence même ne saurait infirmer l'hypothèse de tuberculose car nous savons la fréquence des formes associées. Néanmoins, il faut toujours pratiquer la gono-réaction.

L'examen du sang et les différentes réactions sérologiques et biologiques de la tuberculose ont été faits dans l'atteinte annexielle.

La cuti-réaction, de pratique très facile, présente un intérêt très limité. En effet, à part chez les jeunes enfants, où sa signification est grande, elle est presque constamment positive chez l'adulte (90 à 95 %). Certaines affections, en particulier les maladies anergisantes, et la tuberculose à son stade ultime, rendent la cuti-réaction négative. Dans tous les autres cas, elle est positive et signe l'existence d'un état allergique de l'organisme, c'est-à-dire signale l'infection du sujet par le bacille de Koch à un moment quelconque de son existence. Une cuti-réaction positive permet donc de certifier l'existence d'un foyer de tuberculose dans l'organisme. Mais ceci n'a que peu de valeur, car, d'après les conceptions modernes sur la tuberculose, nous

savons que tous les adultes, ou à peu près, sont porteurs de foyers latents, résultats d'une primo-infection. Ce qui manque à la cuti-réaction, c'est qu'elle ne donne pas de renseignements sur le caractère évolutif de la tuberculose. Par contre, une cuti-réaction négative, après avoir éliminé les causes de négativation, permet d'écarter le diagnostic de tuberculose. Mais, étant donnée la rareté de la cuti-réaction négative, même chez les sujets réputés sains (5 %), en pratique, la réaction négative ne se remontre jamais.

La réaction de Vernes à la résorcine présente le grand avantage de fixer numériquement l'« évolutivité » de la tuberculose. La réaction se chiffre par des nombres allant de 0 à 200. Pour Vernes, tout sujet dont le sang, prélevé à jeun, donne un chiffre inférieur à 20, est indemne de tuberculose évolutive, méningite tuberculeuse exceptée.

Quand l'index dépasse 30 et se maintient à ce niveau, la malade est tuberculeuse. La courbe de floculation suit en général un trajet qui est parallèle à celle de la maladie, de sorte que, selon Vernes, « le praticien est guidé par un tracé qui étale sous ses yeux la courbe même de la maladie ».

Dans l'observation I du Professeur Lapeyre, la réaction à la résorcine de Vernes avait donné le chiffre 104.

Toutefois, Moulonguet, dans un rapport, la qualifie d'« incertaine ». Marcel Vincent, après une sérieuse étude critique de la réaction, écrit : « ...il ne faut pas lui demander de tout dire... La réaction de Vernes n'est pas la réaction-type, celle qui doit éliminer toutes les autres et suffire à elle seule au diagnostic... »

La réaction de déviation du complètement, ou réaction de Besredka, est sûrement la plus employée. L'interpré-

tation de ses résultats est diversement appréciée par les auteurs. Il est un fait que l'on note, malgré tout, dans toutes les formes de tuberculose, pulmonaire, séreuse ou viscérale, c'est que dans les cas, aiguës et très graves, cette réaction est négative. Dans les péritonites tuberculeuses, d'après les observations de Rieux et Zæller, de Courcoux, de Fried, il semble que cette réaction soit positive.

Par contre, dans les cas graves et dans les cas bénins, elle est négative, comme dans l'« ascite essentielle ». Dans l'observation 11, concernant une forme aiguë, la réaction de Besredka s'est montrée négative. Olga Berkowitz, dans sa thèse consacrée à l'étude de la réaction dans la tuberculose annexielle, admet qu'une réaction nettement positive est en faveur de la nature tuberculeuse de l'annexite. Faisant la contre-épreuve sur treize salpingites banales, elle a 13 réactions négatives. Pour elle, une réaction positive serait donc un argument important en faveur de la nature tuberculeuse d'une annexite. Pour Douay et Mlle Iepureano, les résultats sont moins bons : 71 % de réactions positives véridiques sur 29 cas, mais aussi 4 réactions positives erronées. Paul Courmont et les auteurs lyonnais ont mis au point une série de réactions telles que la séro-agglutination du bacille de Koch, le pouvoir bactéricide des sérums, le pouvoir bactéricide des urines, la recherche des opsonines dans la tuberculose qui, pour Paul Courmont, doivent être employées simultanément, constituent un véritable « clavier sérologique ».

Ces dernières réactions ont encore été peu employées dans la tuberculose annexielle mais sont susceptibles de donner d'intéressants résultats.

Mais, bien souvent, les ressources de la clinique et du laboratoire sont insuffisantes pour faire le diagnostic. Au John's Hopkins, 13 % des cas seulement sont diagnostiqués avant l'intervention, un quart à l'hôpital Broca.

LES CONSTATATIONS OPÉRATOIRES

Dans les cas où, à l'ouverture de l'abdomen, on trouve les tractus génital et péritoine recouverts d'un semis de granulations, le diagnostic est très facile, évident même. Mais il faut bien savoir, et Hartmann, Bergeret et Remilly y insistent, les granulations sont loin d'exister dans tous les cas. L'importance des adhérences, les collections de pus caséux tranchent les hésitations. Dans tous les autres cas, le chirurgien pénétré de l'importance et de la fréquence de la tuberculose annexielle, doit, même dans les cas qui lui paraissent banaux, pratiquer l'examen histo-pathologique.

L'EXAMEN HISTO-PTHOLOGIQUE

Celui-ci est très facile dans la tuberculose annexielle car, dans les cas positifs, les follicules de Kæster sont toujours nombreux et typiques. Il est indispensable, toutefois, de faire des prélèvements en des points nombreux de la trompe.

Plus délicat est l'examen histologique dans le cas de lésions de tuberculose dite inflammatoire. A ce point de vue, le compte rendu anatomique de l'observation contient l'essentiel.

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les formes aiguës :

Les formes aiguës prêtent surtout à confusion, avec trois affections fréquentes : l'appendicite aiguë, la grossesse extra-utérine et la salpingo-pelvo-péritonite banale.

L'appendicite aiguë, sauf dans ses formes pelviennes, a un début plus brusque que la salpingite tuberculeuse, les signes péritonéaux y sont plus marqués. La palpation de l'abdomen révèle l'existence d'un point douloureux bien localisé, d'une contracture abdominale de localisation différente. Le toucher vaginal ne révèle pas dans l'appendicite aiguë de lésion annexielle importante.

Dans la grossesse extra-utérine, la masse annexielle avant sa rupture a des caractères communs avec la salpingite tuberculeuse aiguë : consistance, forme, indolence relative. Les troubles des règles, si fréquents dans la salpingite tuberculeuse, et spécialement l'aménorrhée, invitent à faire le diagnostic de grossesse extra-utérine. Mais la fièvre est difficilement expliquée par l'hypothèse de grossesse tubaire.

Après sa rupture, l'hématocèle étant constituée, les difficultés de diagnostic persistent. On pense à une hématocèle qui s'infecte et va suppurer. Mais la suppuration ne se produit pas, les différents traitements anti-infectieux sont inefficaces.

La salpingite aiguë a un début plus brusque, qui atteint rapidement son apogée, puis s'améliore peu à peu par le repos et la glace. Les récidives sont rares et

expliquées par des imprudences ou des fautes de traitement.

Les formes chroniques:

Dans la forme ascitique, le fait délicat est de rattacher l'épanchement péritonéal à une lésion annexielle, surtout chez une vierge. On écartera par exclusion l'hypothèse d'une tuberculose entéro-péritonéale.

Et même dans les cas de lésion annexielle, la tuberculose n'est pas la seule à pouvoir donner un épanchement péritonéal. Il existe, en effet, des tumeurs végétales de l'ovaire avec ascite, survenant souvent chez les jeunes femmes. Les caractères de l'épanchement ont ici une importance diagnostique considérable: dans la tumeur végétante, la teneur de l'ascite en albumine est importante, le liquide renferme des cellules néoplasiques, mais est exempt de tout germe. Dans ce cas, l'inoculation au cobaye est négative.

La salpingo-péritonite fibro-caséuse est d'un diagnostic très difficile. Plus que jamais, les éléments de diagnostic positif que nous avons énoncés plus haut sont à rechercher. On peut la confondre avec de nombreuses affections, mais particulièrement avec des salpingites à microbes banaux ou anaérobies, fistulisées dans l'intestin ou la vessie et rebelles au traitement médical.

Les abcès à germes banaux de l'ovaire prêtent aussi à confusion. Bien souvent, l'évolution ou l'apparition d'accidents évolutifs font faire le diagnostic.

Dans les formes de tuberculose annexielle isolée, l'abcès froid tubaire peut être confondu avec les différentes collections kystiques tubaires ou ovariennes :

hydro, pyo ou hématosalpinx, kystes de l'ovaire ou du paraovaire.

Les antécédents sont ici d'un appoint considérable.

La recherche soigneuse d'une infection possible gonococcique ou puerpérale peut aiguiller vers l'hypothèse d'un hydro ou pyosalpinx. Les kystes de l'ovaire sont en général plus mobiles que les abcès froids de la trompe et ont surtout un pédicule mieux perceptible.

PRONOSTIC

L'évaluation du pronostic de la tuberculose annexielle se basera sur des éléments étiologiques, anatomiques, cliniques, évolutifs et thérapeutiques.

Du point de vue étiologique, une forme de bacillose annexielle pure, non associée à d'autres lésions viscérales actuellement en évolution, est d'un pronostic meilleur que les formes rencontrées chez les tuberculeuses pulmonaires ou les cas à localisations multiples. Outre qu'ici cette dissémination des lésions signe une infiltration bacillaire totale et profonde, elle contre-indique, d'autre part, toute tentative de traitement chirurgical, privant ainsi la malade de la chance de guérison apportée par celui-ci.

L'élément anatomique de pronostic est sûrement le plus important.

Les formes *génitales pures* sont des formes à pronostic favorable, à cause de l'absence d'adhérences qui le mettent à l'abri des accidents évolutifs que nous avons étudiés; d'autre part, cette indépendance de lésions vis-à-vis du péritoine permettent une exérèse chirurgicale à la fois facile et complète.

Les formes *génito-abdominales* sont, au contraire, d'un pronostic fâcheux. En effet, les lésions étendues aux trompes, au péritoine, à l'intestin, avec les nombreuses masses caséeuses interposées entre elles, expo-

sent et évoluent même fatalement vers les complications telles que les fistulisations avec leurs suites déplorables. De plus, ces formes sont chirurgicalement peu curables, leur exérèse est forcément incomplète, les suites opératoires très longues et troublées de multiples incidents. Toutefois, il faut faire exception pour la forme ascitique qui spontanément ou opératoirement guérit très souvent. Les éléments cliniques du pronostic seront surtout constitués par l'examen des poussées successives, que l'on observe au cours de la tuberculose annexielle, et qui signent l'existence d'une forme active en évolution. Ces poussées successives peuvent, d'un moment à l'autre, déclencher des phénomènes aigus septicémiques, caractérisant l'infiltration massive et brusque de l'organisme.

Les caractères évolutifs de l'affection sont aussi à considérer. Les formes aiguës sont le propre des atteintes importantes et virulentes sur un terrain qui se défend mal. L'élévation thermique importante, une courbe thermique qui se prolonge plusieurs mois sont les signes d'une manifestation sérieuse, d'une infection qui brûle les étapes » et que bien souvent l'intervention elle-même ne saurait arrêter.

Au contraire, les formes chroniques se produisent dans les cas de sujets résistants, se défendant bien contre une attaque peu virulente d'ailleurs.

Les éléments thérapeutiques du pronostic seront examinés à propos des résultats de différents traitements.

Une partie intéressante du pronostic de la tuberculose est l'étude des « *possibilités fonctionnelles* » des femmes atteintes de cette affection; en autres termes, les rapports de la tuberculose annexielle et de la puerpéralité.

TUBERCULOSE ANNEXIELLE ET PUERPÉRALITÉ

Pendant longtemps, on a pensé que la tuberculose génitale était incompatible avec la grossesse et Olivier, dans sa thèse (1911) soutient l'hypothèse de la stérilité pure et simple.

Pourtant, des cas de grossesse ont été observés, et Fruhinsholz et Feuillade publient, en 1924, trois observations très différentes qui leur permettent de bien sérier la question. Ces trois cas d'association de la tuberculose à la puerpéralité concernant: un cas où la grossesse a eu lieu après une opération conservatrice pour tuberculose génitale; un cas où des accidents puerpéraux ont été reconnus d'origine tuberculeuse; un troisième où chez une bacillaire le *post-partum* a été troublé par l'apparition d'une péritonite tuberculeuse.

Feuillade a d'ailleurs mis au point la question dans sa thèse et conclut:

1° La tuberculose annexielle n'est pas incompatible avec le développement d'une grossesse. Toutefois, les femmes atteintes sont souvent stériles: 60 % pour Greenberg, 68 % pour Van Smith, 80 % pour Hartmann.

2° L'évolution de ces grossesses est souvent marquée par l'avortement ou l'accouchement prématuré. Hartmann-Keppel en relate 17 cas.

3° Le pronostic de l'accouchement est très réservé pour la mère: en effet, nous avons vu le rôle déclenchant ou aggravant de l'accouchement au cours de l'étude clinique.

Malgré ce, les évolutions heureuses ne sont pas impossibles.

4° L'avenir de l'enfant est en général bon. Toutefois, certains auteurs ont publié des cas de mort précoce d'enfants par généralisation bacillaire:

Cette question rend encore plus brûlante l'hypothèse des transmissions materno-fœtales trans-placentaires.

5° La tuberculose génitale est souvent associée à la grossesse ectopique. Taylor en cite 42 cas en 1910. Pour Hoppner, la nidation tubaire serait due à l'existence des lésions tuberculeuses de la muqueuse utérine.

TRAITEMENT

Nous envisagerons successivement les :

Les méthodes de traitement;
Les indications;
Les résultats.

LES MÉTHODES DE TRAITEMENT

Ces méthodes comprennent :

- 1° *Les moyens médicaux;*
- 2° *Les agents physiques;*
- 3° *Les moyens chirurgicaux.*

Chacune de ces méthodes n'exclut pas forcément l'emploi des autres et nous verrons, au contraire, qu'on les emploie très souvent en conjugaison.

1° *Les moyens médicaux*

Ils ont pour but de donner à l'organisme un moyen de défense plus fort que celui qu'il possède, et ceci par différentes voies : soit en essayant de corriger les troubles du métabolisme et de la composition des humeurs qu'entraîne l'infection tuberculeuse, soit en essayant de donner à l'organisme des moyens d'attaques directes contre le bacille de Koch, en mettant en jeu les réactions humorales d'immunité ou d'allergie.

Ceci nous permet donc de distinguer :

a) *Les médications non spécifiques;*

b) *Les médications spécifiques.*

a) *Les médications non spécifiques:*

Nous ne parlerons pas des cures hygiéno-diététiques, qui sont ici de mise, comme dans toutes les tuberculoses chirurgicales. Examinons les médicaments les plus employés et les mieux indiqués.

Les sels de calcium et les thérapeutiques récalcifiantes sont de mise dans la tuberculose où l'on constate un bilan calcique constamment en déficit.

Pour cela, on prescrit le chlorure de calcium, les carbonates, les phosphates (tricalcique). La fixation du calcium sera facilitée par l'administration de vitamine D, d'ergostérol irradié, d'extrait parathyroïdien, d'opothérapies splénique, surrénalinique. Le phosphore est aussi à conseiller; on emploie l'acide phosphorique, les hypophosphites, les phosphates, la phytine. La thérapeutique cholestérigène est prescrite sous forme de chlorhydrate de choline (Carles et Leuret). Les iodiques s'emploient sous forme de sirop iodo-tannique, de lipiodol, d'huiles iodées (méthode de Finikoff), rarement sous forme de teinture d'iode.

b) *Les médications spécifiques:*

La tuberculine n'est pas employée dans les tuberculoses chirurgicales. Le sérum de Jousset, l'allergine de Jousset sont plutôt utilisés au cours des formes aiguës.

Au contraire, dans les formes chroniques, on doit prescrire plus volontiers l'antigène méthylique de Nègre et Bocquet, le vaccin de Vaudremer, les corps immunisants de Spengler.

Bien entendu, tous ces moyens médicaux réunis n'ont jamais guéri à eux seuls une tuberculose génitale chez la femme, mais ils constituent des moyens adjuvants précieux, dont il serait dangereux de se passer.

2° *Les agents physiques*

Les méthodes physiothérapiques sont de plus en plus employées et comprennent :

- a) *L'héliothérapie;*
- b) *Les rayons ultra-violets;*
- c) *Les rayons X;*
- d) *La curiethérapie.*

a) *L'héliothérapie* occupe, de nos jours, la place de beaucoup la plus importante parmi ces méthodes. Pour agir, elle doit employer la lumière solaire dans la totalité de son spectre agissant sur la totalité du tégument. Elle peut être mise en œuvre, soit dans les stations de montagne, soit dans les cures hélio-marines. Ces dernières semblent actuellement donner à l'héliothérapie une action renforcée; il ne faut pas croire que cette méthode soit applicable dans des conditions indifférentes. Il y a une véritable technique de l'héliothérapie, qui conditionne le succès et qui évite la production d'accidents très fâcheux. A ce point de vue, nous ne saurions mieux faire que de citer l'opinion de Rollier, de Leysin: « ...et nous faisons appel avant tout à l'action dérivatrice de l'héliothérapie. Dans une première période la malade s'habitue au climat, à l'altitude. Pour cela, le repos complet au lit, l'aération progressive de la chambre, précèdent la cure en galerie proprement dite. L'héliothérapie doit être décongestive: pour cela, il faut toujours com-

mencer et terminer les séances par l'insolation des extrémités inférieures ».

L'insolation devra être prudente et rigoureusement surveillée. *Au moindre signe d'intolérance*, la supprimer ou la diminuer. Alors que pour la tuberculose ostéo-articulaire la durée d'insolation peut être de deux à quatre heures par jour, dans la tuberculose annexielle, chaque cas a son individualité, « l'héliothérapie abdominale doit être dosée au *compte-gouttes* ». Il est prudent de diminuer l'insolation deux à trois jours avant les périodes menstruelles.

L'héliothérapie est absolument contre-indiquée par l'existence de lésions pulmonaires.

b) *Les rayons ultra-violets*. — Les rayons ultra-violets sont employés dans les cas où il est impossible de placer la malade dans les conditions nécessaires pour l'héliothérapie. La technique en est assez délicate, car le dosage du rayonnement est assez difficile, l'intensité de la source étant très variable. Ici, comme dans l'héliothérapie, l'exposition doit être progressive, commencer par les membres inférieurs pour devenir peu à peu totale. Une surveillance stricte de la malade doit dépister le moindre signe d'intolérance. Les séances doivent durer environ de vingt minutes à demi-heure.

c) *Les rayons X*. — Dès 1899, Ausset et Rédard ont appliqué la röntgenthérapie au traitement de la tuberculose génito-péritonéale. Bircher, Wetterer, Wagner, la préconisent fortement. Ce dernier, en 1913, au Congrès de Rome, insiste sur les remarquables effets de ce traitement. Le mode d'action des rayons X est difficile à définir. Il est certain qu'ils n'ont aucune action directe sur le bacille de Koch; il semble qu'ils agissent sur les

éléments leucocytaires jeunes, en prolifération, qui entourent le follicule tuberculeux, dont certains forment la couche épithélioïde. Ils amèneraient ainsi la résorption partielle de ce follicule, et, par là, le tissu conjonctif fibreux verrait sa prolifération facilitée.

La technique de la röntgenthérapie n'entre pas dans le cadre de ce travail, mais il est un point dont la décision pleine et entière appartient au chirurgien. C'est de savoir si oui ou non la dose de rayons X employée doit être stérilisante. Les auteurs partisans de la castration fonctionnelle totale se justifient en mettant en regard les avantages et les inconvénients de la méthode. Ils invoquent le fait qu'une dose de rayons, insuffisante pour la stérilisation, laisse persister la menstruation, avec ses poussées congestives périodiques, aptes à donner un coup de fouet à une nouvelle reprise de l'affection. Ils citent, d'ailleurs, plusieurs observations à l'appui. Et même dans le cas où l'on laisse à l'ovaire sa vitalité, quelle est la valeur des produits de la ponte ovarienne? Rigaud et Lacassagne ont vu, sur la lapine, que les ovules provenant d'ovaires irradiés donnaient rarement un produit de conception normal. Il est difficile de transposer ces résultats dans l'espèce humaine. Toutefois, Schmidt et Wagner, sur 37 enfants, répondant aux conditions, n'ont pas trouvé d'anomalie. Ces résultats semblent donc encourager l'emploi de doses actives contre les lésions, mais non stérilisantes. *Cette méthode est toujours employée dans le service du Professeur Lapeyre. Cette dernière opinion est en accord complet avec les idées qu'il nous a enseignées sur la thérapeutique conservatrice en gynécologie.*

d) *La curiethérapie*. — Nous ne mentionnons cette méthode que pour insister sur la rareté de ses indications, la difficulté de sa mise en pratique, la fréquence de ses contre-indications. Elle semble indiquée dans les cas de lésions très limitées, ce qui est rare. Elle nécessite une irradiation homogène de tout le petit bassin, donc un matériel radifère important; de plus, elle est contre-indiquée formellement par l'existence de lésions infectieuses banales. Ce dernier fait rend la méthode exceptionnellement applicable. Toutefois, Eymer, Gal, en ont rapporté quelques cas favorables.

3° LES MOYENS CHIRURGICAUX

Ceux-ci diffèrent dans leur gravité et dans leur complexité.

a) *La laparotomie* est évidemment le traitement le plus simple. Parfois, elle est faite, de propos délibéré, comme seul traitement de certaines formes. Dans d'autres cas, elle n'est qu'un pis-aller; la main du chirurgien est alors arrêtée par l'importance et l'étendue des lésions qui, raisonnablement, sont au-dessus des possibilités opératoires.

b) *Les exérèses*. — Les exérèses peuvent être totales ou partielles.

Les exérèses totales, hystérectomie totale ou même subtotale, suppriment évidemment tout risque de récurrence de tuberculose sur le tractus génital. Ces exérèses totales sont-elles parfois indiquées?

Oui, dans le cas de vastes lésions fibro-caséuses ex-utérus et annexes, constituant un magma où toute séparation d'organes est impossible. A part ces cas, le chirurgien peut être tenté d'enlever l'utérus, alors même

qu'il apparaît sain, parce qu'il connaît la grande fréquence (80 à 85 %) des lésions d'endométrite tuberculeuse associées aux lésions tubaires.

Mais une telle opération est souvent *déraisonnable*. En effet, nous savons la « *générosité* » avec laquelle le processus bacillaire s'étend au péritoine. Même en enlevant la totalité des organes génitaux, *le chirurgien sait très bien qu'il abandonne, à l'intérieur de l'abdomen des lésions péritonéales certaines.*

Bien plus, une exérèse totale n'est pas sans danger pour la malade, car elle l'expose, surtout chez les femmes jeunes, aux troubles graves de la ménopause artificielle, avec ses inconvénients physiologiques, moraux et sociaux. Comme le dit Pauchet : « Le sujet, au point de vue physiologique, va passer de la jeunesse à l'âge avancé, de l'été à l'hiver ».

Aussi, de plus en plus, la chirurgie de la tuberculose annexielle est-elle orientée vers les exérèses partielles, vers les exérèses conservatrices.

Et, à ce propos, il est utile de s'entendre sur ce que l'on dénomme « chirurgie conservatrice » en gynécologie. Celle-ci a pour but d'empêcher la production des troubles de la ménopause artificielle et de conserver à la femme le maximum de son « potentiel physiologique » ; ces troubles peuvent être considérés à trois degrés :

- 1° La suppression de la sécrétion interne de l'ovaire ;
- 2° La suppression de la menstruation ;
- 3° La suppression de la possibilité de fécondation et par là de la maternité.

Nous n'entrerons pas ici dans la discussion des rôles respectifs de chacun de ces éléments dans la détermination des troubles ménopausiques. Il n'y a pour cela

qu'à se rapporter au rapport très documenté de MM. Massabuan et Guibal, devant le VIII^{me} Congrès des Obstétriciens et Gynécologues de langue française, sur la *Thérapeutique conservatrice en Gynécologie*. Toute cette thérapeutique est dominée par la conservation de l'ovaire, « *conservation, en gynécologie, veut dire conservation du tissu ovarien* ». (Douay.)

Il existera donc une série de combinaisons, dans lesquelles utérus et annexes seront enlevés en partie ou en totalité, mais dans lesquelles persistera toujours, au moins, un ovaire ou un fragment d'ovaire, *in situ*, ou non.

Les différentes opérations pratiquées peuvent se schématiser de la façon qui suit :

a) *Exérèse des annexes seules*, donc conservation de l'utérus seul. Ici, on a observé des cas de menstruation même après ovariectomie ; ces cas sont dus sûrement à la présence d'un ovaire surnuméraire ou à l'abandon inaperçu d'un fragment d'ovaire au cours d'une extirpation laborieuse.

b) *Exérèse des trompes seules avec conservation de l'utérus et de l'ovaire*. — L'ovaire peut être conservé en entier, mais un fragment, même minime suffit (1/10^e). Cet ovaire peut être conservé *in situ*, relié à la paroi par le ligament lombo-ovarien ou, au contraire, greffé ; les greffes sont pédiculées ou libres et se font dans l'épaisseur du corps utérin, soit dans le péritoine ou dans l'épiploon, soit dans les muscles droits, soit encore dans le tissi graisseux sous-cutané (grandes lèvres). L'ovaire greffé doit remplir certaines conditions pour obtenir des résultats appréciables. Il doit être sain et sa vascularisation doit être convenablement assurée. Celle-ci se fait soit par le pédicule restant, soit par une greffe vas-

culaire rapide, qui se fait au niveau des tissus où l'ovaire est transplanté.

Cette conservation de l'utérus et de l'ovaire assure la prophylaxie des troubles ménopausiques qui apparaissent exceptionnellement avec conservation fréquente de la menstruation et parfois possibilité de fécondation, si certains détails de technique ont été appliqués.

c) *Exérèse des trompes de l'utérus* (avec conservation de l'ovaire avec utérus incomplet ou sans utérus). — Ces opérations sont représentées par les résections utérines, l'hystérectomie fundique et la subtotale haute. Elles donnent, du point de vue physiologique, des résultats excellents. Les indications respectives de chacune de ces opérations conservatrices sera fournie par l'examen des lésions après laparotomie, et c'est à ce moment seulement qu'une décision doit être prise. « Mais avec cette décision commence le tourment du chirurgien. Car il faut choisir :

« Oubien assurer à la malade une quasi-certitude de
» guérison définitive. Entraîné par l'habitude apprise
» ou acquise il peut, presque instinctivement, incliner
» vers l'hystérectomie, c'est-à-dire, pour bien préciser
» ce qui ne se formule pas toujours dans son esprit,
» vers la castration complète; mais comment oublier sa
» suite inéluctable: les troubles de la ménopause artificielle?

» Ou bien préserver la malade de ces troubles;
» impressionné par leur menace, il peut, sensible à sa
» séduction, céder à la tendance conservatrice, mais
» peut-il ne pas appréhender le cauchemar des résultats décevants, des guérisons incomplètes, des opérations répétées?

» Oserait-il être, systématiquement, conservateur ou radical? » (Massabiau et Guibal.)

Ces principes de thérapeutique conservatrice sont pleinement en accord avec les enseignements de notre Maître, le Professeur Lapeyre, et nous les voyons appliqués journellement à la Clinique gynécologique.

LES INDICATIONS

Nous envisagerons maintenant les indications qui surgissent à propos de chaque forme clinique.

Mais il existe des indications et contre-indications générales.

Le traitement médical doit être appliqué dans toutes les formes. Dans les affections aiguës il est préférable d'employer le sérum de Jousset.

Dans les formes chroniques, on utilise plutôt le vaccin de Vaudremer ou l'antigène méthylé de Nègre et Bocquet. Ce dernier traitement pourra être commencé pour préparer à l'intervention ou comme complément de celle-ci.

Sauf dans les cas placés au-dessus des ressources chirurgicales, ce traitement ne doit être considéré que comme un adjuvant, indispensable certes, mais d'efficacité limitée.

L'héliothérapie est aussi indiquée dans toutes les formes, en particulier dans la forme ascitique, où elle peut guérir à elle seule, et constitue un traitement de consolidation appréciable post-opératoire.

Mais à vouloir étendre trop ses indications et surtout à vouloir déposséder la chirurgie en sa faveur, on fait courir de gros risques à la malade.

J.-L. Faure nous dit: « Et puis, si, comme il arrive souvent, en particulier chez des jeunes filles, nous fai-

sons le diagnostic dès que les lésions sont un peu avancées, nous risquons, en essayant l'héliothérapie, de perdre un temps précieux et de laisser « le mal s'aggraver ».

Les mêmes remarques s'appliquent aussi aux rayons ultra-violets.

Une contre-indication opératoire générale et absolue, aussi bien dans les formes aiguës que dans les formes chroniques, est constituée par l'existence d'autres lésions viscérales en évolution.

Les formes aiguës

Dans les tuberculoses annexielles aiguës, la conduite à tenir est très difficile. Il est contraire à tous les principes chirurgicaux d'intervenir sur les affections annexielles en période aiguë, quoique Rotter, Leveuf, le Professeur Lapeyre, aient exposé les avantages de l'intervention « à tiède » dans les salpingo-ovarites banales.

En présence d'une salpingo-ovarite tuberculeuse aiguë, il faut donc se faire d'abord une idée sur l'évolution. Si celle-ci se fait spontanément vers la sédation, laisser celle-ci se produire et intervenir alors. Au contraire, si la courbe thermique persiste à rester élevée, si l'état général empire, on est autorisé à intervenir en pleine période aiguë. A ce propos, nous devons citer l'opinion de Bégouin: « En général, on sait qu'il ne » faut pas opérer les annexites tuberculeuses en période » des aiguës. Dans ces cas, pour éviter d'avoir à intervenir dans cette période aiguë, qui n'a jamais voulu » se calmer, il aurait fallu donc intervenir avant que » la fièvre ait éclaté, c'est-à-dire alors que ces jeunes

» filles ne présentaient encore que cet amaigrissement
» initial auquel elles n'avaient pas attaché d'importance. Quand les malades nous arrivent en pleine
» fièvre depuis déjà un mois, ou davantage, avec un
» intestin adhérent ou déjà perforé, amaigries, s'affaiblissant de jour, en jour, il semble bien qu'avec le
» traitement médical on les laisse aller à une mort prochaine ».

L'intervention comprendra des exérèses à la demande des lésions mais sans les dépasser, avec le souci constant de faire œuvre « conservatrice » au maximum.

Les formes chroniques

Dans la forme ascitique, « ascite essentielle des jeunes filles », bien souvent le minimum d'intervention est la solution préférable. Cette forme tire des bénéfices considérables de l'héliothérapie ou des rayons ultraviolets. Toutefois, certains chirurgiens préfèrent intervenir d'emblée, d'autres n'opérant qu'après échec de la physiothérapie.

La laparotomie simple est souvent suffisante, associée à l'insolation de la cavité abdominale, ou aux lavages du péritoine.

Si, en cours d'intervention, on constate des lésions annexielles nettes, une exérèse économique est alors indiquée. Songer que l'on est ici en présence de jeunes filles dont le cycle génital est à peine commencé. La conservation à outrance est de mise.

Les formes utéro-annexielles, sans lésions péritonéales, sont justiciables d'exérèses simples, à la demande des lésions. Ici, il n'existe pas de difficulté opératoire, à cause même de cette intégrité péritonéale, et c'est ce

qui permet d'améliorer le pronostic global de ces formes. L'abcès froid tubaire en est le cas typique.

Les formes salpingo-péritonéales constituent un des chapitres les plus délicats de la chirurgie abdominale. De multiples déboires guettent le chirurgien à tout moment. L'atteinte large du péritoine rend absolument impossible une cure radicale totale des lésions.

L'intervention elle-même est très laborieuse, adhérences multiples, couvertures d'abcès, blessures de l'intestin et de la vessie en constituent les incidents courants. La période post-opératoire est troublée par l'apparition des péritonites, de fistules stercorales, de fistules purulentes, d'hémorragies secondaires, d'occlusion intestinale. Aussi, beaucoup de chirurgiens se bornent-ils à la simple laparotomie, qui donne parfois de bons résultats. Villars a obtenu 5 améliorations, Santy, six résultats heureux.

Les exérèses partielles constituent la tendance actuelle dans ces formes. Villars a obtenu 11 guérisons et 3 améliorations; Patel et Ollivier 18 malades vivants sur 22.

Toutefois, l'exérèse totale a encore ses défenseurs en J.-L. Faure, Lenormant et Moulonguet, Daniel, Greenberg, Van Smith, qui doutent de l'avenir des opérations conservatrices.

Dans ces formes, la tendance doit être à la prudence, car on n'est pas plus sûr de la guérison avec les exérèses totales qu'avec les interventions conservatrices.

C'est ici qu'est indiquée la radiothérapie pénétrante, à condition qu'on soit certain de l'absence de lésions d'infection banale.

En résumé, il semble bien que dans le traitement de la tuberculose annexielle, *à vouloir trop faire, on ne gagne pas plus qu'en faisant juste ce qu'il faut.* Aussi

insisterons-nous à nouveau sur l'indication pressante de la chirurgie conservatrice, d'autant plus adaptée que l'on a à faire à des femmes plus jeunes.

LES RÉSULTATS

Les résultats, quoique aléatoires, sont malgré tout très satisfaisants et encouragent fortement le thérapeute. C'est ainsi que pour la seule héliothérapie Rollier donne les résultats suivants :

1° Annexites non opérées : 25 cas, dont 48 % de guérisons, 26 % de très grandes améliorations, 20 % d'améliorations, 4 % d'états inchangés, 4 % de décès.

2° Annexites opérées, avec extirpation des annexes (exérèse totale ou partielle comprenant des cas à résidu annexiel, pelvi-péritonite avec ou sans fistule post-opératoire) : 25 cas, 48 % de guérisons (52 % de ces cas présentèrent des fistules, dont 36 % ont guéri), 12 % très améliorés, 20 % améliorés, 12 % inchangés, 8 % de décès.

3° Annexites opérées sans extirpation des annexes : 14 cas, 28 % de guérisons, 28 % très améliorés, 14 % améliorés, 21 % inchangés, 7 % de décès.

La Røntgenthérapie a donné de bons résultats. Wiseling a publié sa statistique portant sur :

1° 65 cas de tuberculose annexielle avec 47 guérisons, 17 améliorations, pas de mort.

2° 35 cas de tuberculose génito-péritonéale avec 19 guérisons, 7 améliorations, 2 récidives, 7 morts.

La curiethérapie est encore trop peu employée pour que l'on puisse se faire une opinion précise sur ces

résultats; Eymar, Gal, auraient obtenu des améliorations notables.

Le traitement chirurgical a donné des guérisons nombreuses et durables, mais il est grévé d'une mortalité encore assez considérable; les différents chirurgiens en ont donné les chiffres suivants:

Hartmann: 17 %; Patel et Olivier: 7,8 % Villard. 3,7 %; J.-L. Faure: 9,2 %; Greenberg: 7,6 %; Peterson: 7 %; Van Smith: 3,17 %; Ciarlo: 0 %.

La divergence des résultats tient sûrement à l'audace plus ou moins grande des divers auteurs, mais cette statistique reste tout de même éducative et ne saurait faire oublier les résultats encourageants qui suivent:

Le chiffre des guérisons est de:

80 % pour Patel et Olivier

68 % pour Villard

73 % pour Greenberg

77 % pour Peterson

79 % pour Van Smith.

Ces cas concernent des guérisons éloignées, car les récidives ne sont pas exceptionnelles.

Ils portent, de plus, sur toutes sortes d'intervention. Voici maintenant les résultats donnés par la chirurgie conservatrice.

Annexectomie bilatérale:

Olivier 5 guérisons sur 5

Bonnaud 5 guérisons sur 5

Salpingectomie bilatérale:

Vautrin 14 guérisons sur 24

Bonnaud 8 guérisons sur 8

Vautrin a eu une récidive sur 24,

Opérations conservatrices en général:

Mortalité: 2 sur 22 (péritonite) Olivier.

Guérison: Condamin: 14 sur 18; Olivier: 18 ou 22;
Daniel: 1.

Récidive: observée par Basch, Patel, Heully, Condamin: 1.

1 sur 7 environ (de Rouville et Mocquot).

Ces résultats ne font que constituer un nouvel appoint au faisceau d'arguments en faveur de la chirurgie physiologique qu'est l'intervention conservatrice.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Les lésions tuberculeuses des annexes de l'utérus ont été étudiées depuis longtemps puisque déjà Morgagni les mentionne.

Plus près de nous, Mlle Gorowitz, Albertin, Rives, Forgue et Chauvin, Tédénat, Jayle, Lecène, Lenormant, Moulonguet, Salen, Mlle Chevillon en ont donné des descriptions précises dans leurs ouvrages.

Sur les détails mêmes des lésions tuberculeuses, tous les faits signalés par eux sont concordants, mais c'est quant à la classification des lésions anatomo-pathologiques que l'intérêt de leurs travaux varie.

En effet, dans l'étude et l'examen d'un malade le stade des découvertes anatomiques est un stade intermédiaire à l'investigation clinique et aux manœuvres opératoires.

Ce n'est qu'après ouverture de la paroi abdominale que l'on se rendra véritablement compte de la nature des lésions et de leur étendue, et c'est de ces caractères que le chirurgien tirera sa ligne de conduite.

Mais une chirurgie qui se bornerait à voir pour savoir serait aveugle et dangereuse. Aussi devra-t-on, lors de l'examen clinique, essayer, grâce au bagage de connaissances anatomo-pathologiques que l'on possède, de serrer le plus près possible ce diagnostic anatomique même.

Nous pensons que toute étude anatomique pure, dans le cas qui nous occupe, est stérile et qu'une classification anatomo-pathologique de la tuberculose annexielle doit être à la fois *anatomo-clinique et anatomo-chirurgicale*.

Le facteur capital qui domine toute la question, tant du point de vue clinique que thérapeutique, c'est *l'intrication possible* des lésions tubo-ovariennes et des lésions péritonéales.

Savoir si l'on a affaire à des lésions strictement limitées au tractus génital, juger de l'existence des lésions péritonéales, évaluer leur étendue, voilà ce qu'est le diagnostic anatomique en matière de tuberculose annexielle.

C'est ainsi que la classification de Jayle, dans la *Presse Médicale* de 1913, si elle ne manque pas d'intérêt et si elle constitue même une étude anatomique, ne comporte aucune sanction pratique immédiate. Cet auteur se base sur le fait que la tuberculose est souvent masquée par une autre infection pour diviser les lésions en :

- a) *Lésions de tuberculose pure de la trompe;*
- b) *Lésions de tuberculose associée à une autre infection.*

Une telle division, reposant sur des faits indiscutablement exacts ne correspond pas à des constatations cliniques faciles à mettre en évidence ni à des différences de tactique opératoire.

Au contraire, nous préférons ce passage de Chévilhon : « Nous n'adopterons pas la classification basée sur le type des lésions tuberculeuses prédominantes, car cette classification ne met pas en valeur le point qui est essentiel, savoir : les relations de l'annexite tuberculeuse avec la péritonite tuberculeuse ».

D'ailleurs, par la suite, Chevillon insiste un peu trop sur ces formes péritonéales pour ne pas donner une importance suffisante aux formes tubaires.

Salen est dans le vrai lorsqu'il décrit les formes péritonéales puis les formes salpingiennes.

La division que nous suivrons nous a été suggérée par la discussions de Daniel (de Bucarest) au VIII^{me} Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française.

Nous envisagerons successivement :

I) *Les formes génitales*;

II) *Les formes péritonéales*.

avec :

A) *Formes ascitiques*;

B) *Formes génito-abdominales*.

Toutefois, avant de commencer l'étude détaillée de ces formes, nous voudrions insister sur trois points :

1° *Il n'existe pas de cloison étanche, de limite nette entre ces différentes formes et les lésions de passage sont multiples.*

D'ailleurs, chacune de ces formes peut provenir de la précédente, ou se transformer en la suivante, sans que cette transformation soit ni fatale, ni obligatoire.

2° *Les lésions tuberculeuses annexielles sont souvent associées à d'autres infections,*

Soit que l'infection puerpérale ou gonococcique ait « fait le lit » de la tuberculose,

Soit que les lésions bacillaires seront secondairement infectées par voie génitale, intestinale, ou sanguine.

3° *D'après ce que nous verrons ultérieurement, dans les chapitres consacrés à l'étiologie et à la pathogénie,*

nous saurons que la tuberculose annexielle aiguë peut se révéler :

a) Comme un accident primitif apparaissant sur des annexes jusqu'alors saines;

b) Comme signe révélateur, bruyant, d'une bacillose latente avec lésions parfois très avancées;

c) Comme une poussée évolutive aiguë au cours d'une tuberculose cliniquement déjà existante.

Cela justifie donc que nous ayons à entreprendre une étude complète des lésions anatomiques occasionnées par le bacille de Koch sur les annexes, car, le clinicien ou le chirurgien, même au cours d'une affection aiguë, peuvent se trouver en présence de vieilles lésions déjà très avancées.

Nous distinguerons :

I) LES FORMES GÉNITALES

A) *Lésions spécifiques;*

B) *Lésions non spécifiques.*

A) *Lésion spécifiques*

1) *Salpingite catarrhale ou tubaire* (Williams). — Cette forme est rare et est caractérisée par la présence de petits nodules tubaires sous la muqueuse de la trompe, très superficiels par rapport à la surface interne.

C'est une forme de début. Dans les cas plus évolués on voit peu à peu les tubercules gagner en profondeur dans les tuniques tubaires et venir faire saillie sous la séreuse péritonéale, après avoir traversé la musculuse.

Macroscopiquement, et tant que les tubercules sous-

séreux ne sont pas visibles, cette forme est très difficile à reconnaître. Les trompes sont longues, flexueuses, congestionnées, grosses comme un gros doigt, les franges du pavillon peuvent être agglutinées ou non, leur situation dans le pelvis est variable et l'on peut les trouver aussi bien en position latéro-utérine que prolabées dans le Douglas. La pression de celles-ci fait sourdre par l'ostium abdominal un liquide séreux, louche. Primitivement unilatérales, les lésions ne tardent pas à devenir bilatérales. A l'ouverture on constate une hyperplasie des plis muqueux.

En somme, par l'aspect macroscopique, il est difficile de distinguer cette forme de salpingites banales d'observation courante. Nous insisterons ultérieurement sur l'utilité et la nécessité du diagnostic microscopique. C'est dans cette forme jeune de tuberculose annexielle que l'on découvre souvent à l'ouverture de la lumière de petites formations polypoïdes, dénommées papillomes de la trompe (Cornil).

C'est l'exagération de l'hypertrophie des plis de la muqueuse. Mauclaire et Weinberg ont enlevé à une femme de 30 ans une trompe gauche du volume du pouce, à parois épaisses, dans l'intérieur de laquelle un polype bifide de 3 cm. était implanté par un pédicule étroit. Il baignait dans un liquide blanchâtre. Au microscope, c'était dans la muqueuse du polype des lésions tuberculeuses typiques et une grosse réaction inflammatoire.

2) *Salpingite nodulaire.* — Cette forme, d'après Hegar, est très fréquente et il la considère même comme typique dans la tuberculose salpingienne. Elle est caractérisée par l'existence, dans l'épaisseur des parois

tubaires, de tubercules crus, non encore caséifiés, faisant saillie sous la séreuse, du volume d'un pois à une grosse noix.

A la coupe, ces tubercules ne laissent échapper aucun liquide et se présentent comme constitués de nodules grisâtres.

L'existence de plusieurs nodules sur une même trompe donne la forme de salpingite moniliforme, avec aspect « en chapelet », signalé par Hegar, Douay, Grimault.

Le mûrissement de ces tubercules crus et leur transformation en matière caséuse donne alors la salpingite caséuse.

3) *Salpingite parenchymateuse*. — Dans la forme nodulaire ou caséuse, seuls quelques tubercules ont évolué, épars sur la longueur de la trompe. Dans cette forme parenchymateuse, c'est la totalité de l'organe qui est lésé par le processus ulcéro-caséux. Ici, toutes les étapes sont franchies, toutes les extensions, toutes les dégénérescences sont réalisées. La paroi tubaire est considérablement épaissie, sans distension, atteignant 1 cm. et plus. On y trouve des lésions tuberculeuses à tous leurs stades, depuis la simple granulation miliaire jusqu'au ramollissement caséux. La coupe de la paroi tubaire met bien en évidence la mosaïque de tubercules crus et de géodes enduites de caséum. Si l'on examine la lumière tubaire, on voit qu'elle est très difficile à découvrir, les plis de muqueuse étant ici enchevêtrés, mêlés les uns aux autres, là absents par ulcération muqueuse. Toutefois, l'ostium tubaire est rarement oblitéré, rendant facile et presque inévitable l'ensemencement péritonéal.

Cette forme parenchymateuse reste très peu de temps une forme génitale pure et devient rapidement une forme péritonéale, soit par inoculation par la bouche salpingienne, soit par adhérences et lésions de voisinage dues aux petites collections sous-séreuses.

4) *Salpingite chronique fibreuse*. — Cette forme, décrite par Williams, consiste en une sclérose généralisée de la trompe, à l'intérieur de laquelle le microscope découvre quelques éléments tuberculeux typiques.

Williams, Salen, Chevillon, Moulonguet le considèrent comme une forme de guérison, comme une sclérose cicatricielle.

Mais il est permis de se demander si cette sclérose n'est pas une sclérose active.

Nous savons, en effet, depuis les travaux de Bezançon, Sergent, ce qu'il faut penser des scléroses pulmonaires qui, d'après ces auteurs, seraient des formes peu évolutives mais actives de tuberculose.

Les travaux d'Auclair ont mis en évidence l'existence de poisons adhérents aux corps microbiens bacillaires, ayant des propriétés différentes de solubilité. C'est ainsi qu'il a isolé une toxine soluble dans l'éther et dénommée « éthéro-toxine » ou « éthéro-bacilline », et une toxine soluble dans le chloroforme, « chloroformo-toxine » ou « chloroformo-bacilline ».

L'éthéro-toxine donne des lésions ulcéro-caséuses, la *chloroformo-toxine* donnerait des lésions fibreuses ; c'est par les quantités variables de ces toxines qu'on explique actuellement en pathologie générale le caractère fibreux ou caséux des lésions tuberculeuses.

Aussi émettons-nous l'hypothèse que cette salpingite chronique fibreuse peut, dans certains cas, révéler un

processus évolutif tuberculeux d'un type un peu particulier.

Dans cette forme, macroscopiquement, les trompes sont un peu congestionnées, dures et peu souples au toucher, avec tendance à se prolaber dans le Douglas et à perdre leur mobilité. La muqueuse a ses plis atrophiés, l'ostium abdominal est le plus souvent obstrué par les franges du pavillon, agglutinées entre elles.

5) *Abcès froid tubaire*. — Il existe dans la terminologie de la tuberculose annexielle certains termes pouvant prêter facilement à confusion. C'est ainsi que, comme nous le verrons, il existe un pyosalpinx tuberculeux. Au premier abord, on voit mal la différence pouvant exister entre ces deux formes. En réalité, il est convenu de comprendre sous ce terme une forme purulente, génito-abdominale, dont nous verrons les caractères ultérieurement.

Au contraire, l'abcès froid tubaire, et c'est là-dessus qu'insiste particulièrement Albertin, qui l'a bien décrit dans le *Lyon Chirurgical* de 1908, consiste en une volumineuse collection purulente, dans une trompe à parois lisses, exemptes de granulations et d'adhérences. Pour cet auteur, ce serait une forme à localisation stricte et élective de la muqueuse tubaire.

En réalité, toutes les formes de passage existent entre l'abcès tubaire, franc, libre d'adhérences, et le pyosalpinx, noyé au milieu d'un magma fibro-caséux et de collections purulentes.

Le plus souvent, l'abcès froid est bilatéral. On trouve alors, de chaque côté de l'utérus, deux masses, blanc-bleuâtre, comparables à des kystes de l'ovaire à parois épaissies. Leur volume est variable et peut aller du volume d'une mandarine à celui d'une tête d'adulte.

Ces grosses masses sont libres d'adhérences et, à cause de cela, ont la même évolution que les kystes de l'ovaire: ils évoluent vers l'abdomen.

A l'ouverture, il s'écoule un pus blanc, sale, mal lié, grumeleux, qui ressemble à celui de tous les abcès froids.

L'intérieur de la paroi nous montre une muqueuse absolument détruite, sans pus. L'ostium abdominal a disparu, toute communication canaliculaire est donc supprimée entre le tractus génital et le péritoine. Ceci explique la limitation de cette forme aux annexes.

La paroi de l'abcès est épaissie, renfermant quelques îlots caséux, disséminés entre des tractus fibreux et du tissu lardacé. Elle est entièrement fibreuse, les éléments musculaires ayant disparu.

Les nodules tuberculeux sont rares aux bords de la cavité où ils se déverseront, démontrant le peu d'activité de cette membrane tuberculogène.

La distension marquée des trompes permet de supposer que l'abcès froid tubaire est une forme de tuberculose, frappant des conduits jusque-là sains, se prêtant donc à la distension.

6) *Hydrosalpinx tuberculeux*. — Il est caractérisé par une collection séreuse distendant les parois tubaires. Sa nature bacillaire a été longtemps niée. On sait, en effet, la fréquence des hydro-salpinx inflammatoires. Aussi doit-on être très circonspect quant au diagnostic étiologique de ces formes. Toutefois, leur nature spécifique est soutenue par Léa, Roux de Brignoles et Albertin. Forgue, Guillemin, les interprètent comme des formes atténuées de bacillose. Tomsen a démontré leur nature par la découverte du bacille de Koch dans le liquide collecté.

En pratique, pour admettre l'étiologie tuberculeuse on devra exiger, soit l'examen histopathologique, soit l'examen bactériologique, soit l'inoculation au cobaye.

7) *Lésions ovariennes.* — Il semble bien que les lésions tuberculeuses des ovaires soient assez rares. Mœnch les aurait trouvées dans 24 % des cas.

Il est difficile de se faire une idée précise sur leur fréquence. En effet, le diagnostic macroscopique est entaché de grosses erreurs, soit que l'on ait tendance à incriminer facilement la bacillose, soit qu'elle passe, au contraire, inaperçue. Il faudrait donc systématiquement examiner, microscopiquement, les ovaires au cours de toutes les exérèses. Il est peu d'auteurs-rapportant des statistiques remplissant cette condition. De plus, ceux-ci ne précisent pas où, pour eux, s'arrêtent les lésions ovariennes.

Il est très difficile de différencier une lésion parenchymateuse véritable d'une lésion para-ovarienne. Aussi tout pourcentage doit-il être considéré, *a priori*, comme sûrement inexact. Tous les auteurs, d'ailleurs, insistent sur cette incertitude, en particulier Chevillon et Salen.

Les lésions spécifiques des ovaires sont le plus souvent bilatérales et coexistent avec des lésions tubaires.

Toutefois, Vautrin, Guillemin, Jacobs Edmond, ont signalé des cas d'ovarite tuberculeuse isolée. On constate au niveau des ovaires soit des granulations, soit des abcès. C'est habituellement la couche ovigène qui est touchée, mais il n'est pas rare de voir les lésions spécifiques au milieu du stroma et des follicules.

Les abcès sont : soit uniques, soit multiples. Les abcès uniques dérivent, en général, de poches multiloculaires

qui se sont secondairement réunies. Dans les cas moyens on arrive à avoir un véritable abcès froid dans l'ovaire qui peut atteindre le volume du poing.

Rarement, la tuberculose ovarienne reste isolée et elle a une grande tendance à s'étendre aux parties voisines.

Certains auteurs ont étudié des formes un peu particulières. C'est ainsi que Tédénat a rapporté un cas de tuberculose hypertrophique.

La forme fibreuse a aussi été signalée et nous lui appliquerons les mêmes remarques qu'à la salpingite fibreuse.

Une forme intéressante est la tuberculose des kystes de l'ovaire, dont Mlle Gorowitz a rapporté 19 cas, Forgue et Chauvin 35.

Le plus souvent, elle succède à un foyer péritonéal ou tubaire.

B) *Lésions non spécifiques* ..

Au cours de nombreuses études qui ont été faites de l'anatomie des tuberculoses génitales on a peu étudié et on a, à notre avis, trop négligé les formes dites inflammatoires ou aspécifiques.

Chevillon et Jayle ne les signalent pas. Brocq, Moulonguet et Gibert, dans leur rapport, n'en font pas mention.

Et pourtant ces formes ne sont pas tellement exceptionnelles. Evidemment, à cause de l'absence des lésions spécifiques, à cause de leur ressemblance macroscopique absolue avec les inflammations banales, elles passent inaperçues. Pourtant, l'examen histo-pathologique permet d'en déceler les lésions caractéristiques :

témoin l'observation publiée par E. Godlewski (d'Avignon):

OBSERVATION XVII

(in *Bull. de la Société d'Obst. et de Gyn.*, janvier 1935)

Femme 27 ans, mariée, sans enfant, vient consulter pour douleurs du bas-ventre.

A 5 ans, fièvre non étiquetée qui a duré trois mois, à la suite de laquelle elle a été traitée pour entérite durant un an.

A 12 ans, ganglions cervicaux. Réglée à cette époque.

A 17 ans, pleurésie sèche gauche dont on retrouve quelques traces.

Mariée à 21 ans. En 1931, troubles dyspeptiques et amaigrissement qui font penser à l'appendicite chronique. Opérée. Le semblant d'amélioration a duré trois mois après quoi elle recommence à souffrir. Réaction eutanée à la tuberculine positive. Nous la voyons en octobre 1933. Pas de pertes blanches; rien au col. Au toucher, petit utérus avec, dans le cul-de-sac droit des annexes douloureuses. L'on arrive à percevoir une trompe droite grosse et paraissant rigide, le tout peu mobile. Rien à gauche.

Instruit par les faits antérieurs, la malade est mise au repos, et au traitement par le sérum de Jousset; il y a une grosse amélioration, mais devant la persistance de la douleur locale on intervient.

Opération en décembre 1935. Laparotomie transversale, qui permet de se rendre compte de l'état de l'utérus. Des annexes droites partent des adhérences nacrées qui vont s'épanouir dans le cæcum. De plus on trouve des filets fibreux qui suspendent en quelque sorte les gros intestins au péritoine pariétal, ovaire petit, trompe grosse, vascularisée rouge, et par endroits dure.

Annexectomie. La guérison s'est maintenue depuis. Examen anatomique de la pièce, pratiqué par le Professeur Grynfeldt.

Trompe: l'épithélium est constitué par des cellules parfaitement typiques avec bordure ciliée normale. Elles sont

infiltrées de nombreux mononucléaires. Pas de plasmocytes. Le chorion est le siège d'une infiltration discrète de même nature donnant lieu à des manchons péri-vasculaires parfois assez denses. Les capillaires présentent des lésions d'endovascularite très marquées. Les gros vaisseaux présentent au contraire des lésions de périvascularite fibreuse.

On relève des lésions inflammatoires chroniques du même type dans les conjonctives périvasculaires de la musculuse. Pas de plasmocytes, pas de lésions spécifiques.

Ovaire: Cortex normal, avec nombreux follicules en évolution. Un corps jaune volumineux, d'innombrables « corpora albicantia » et des infiltrations lymphocytaires dans les petits nerfs avec prolifération conjonctive intense au niveau des troncs nerveux peu volumineux, caractérisant nettement les lésions de névrite (ce qui explique les douleurs par le névrome).

Et cet auteur ajoute: il existe une forme de tuberculose inflammatoire. Le diagnostic est difficile et se fera surtout par élimination des autres facteurs étiologiques. L'histoire la plus classique est celle de notre observation; première infection dans la jeunesse; apparition de l'affection dans le mariage.

Au point de vue anatomique, nous insisterons une fois de plus sur ce fait: s'il n'y a pas de lésion tuberculeuse-type, la lésion dominante reste la lésion vasculaire.

C'est d'ailleurs ce que Poncet avait appelé le type congestif, la lésion est surtout vasculaire, endovascularite pour les capillaires, périvascularite pour les gros vaisseaux.

Cette observation ne peut venir qu'à l'appui du caractère de nécessité de l'examen microscopique systématique après toute exérèse génitale.

A côté des lésions de tuberculose inflammatoire de Poncet et Leriche, nous devons signaler les lésions dys-

trophiques qui, lorsqu'on les constatera aussi bien cliniquement qu'opératoirement, seront d'un bon appoint pour le diagnostic.

Chez les femmes imprégnées de tuberculose dans leur enfance, on trouve souvent une aplasie marquée du tractus génital: utérus petit, en anté ou en rétro-version, rarement de direction normale. Les trompes sont petites, rigides. Les ovaires présentent des follicules nombreux mais de petit volume. Pour certains auteurs, l'ovarite scléro-kystique serait d'origine tuberculeuse.

Lésions spécifiques ou inflammatoires, toutes les formes que nous venons de voir étaient des formes génitales pures. A aucun moment nous n'avons parlé d'atteintes péritonéales, et pourtant, si certaines! tels les abcès froids tubaires, qui n'ont aucune tendance à l'extension, d'autres, au contraire, qui envahissent rapidement la séreuse péritonéale, telle la salpingite parenchymateuse, par exemple. A ce moment, le problème pronostique et thérapeutique change de nature, c'est pourquoi il est absolument indispensable de connaître parfaitement les formes dites péritonéales.

II). FORMES PÉRITONÉALES

A) *Formes ascitiques*

Ces formes offrent un très gros intérêt, car elles sont très fréquentes en clinique, puisqu'elles constituent le cinquième des cas observés.

La nature tuberculeuse n'en a pas été toujours connue et c'est surtout par les travaux de Nélator, de Bouilly, la thèse de Leudet qu'elle a été démontrée.

Elles correspondent aux formes désignées: ascite essentielle des jeunes filles, tuberculose salpingo-péritonéale ascitique, tuberculose salpingo-péritonéale ascitogène.

Les lésions sont à la fois tubaires et péritonéales, mais, comme Brouardel l'a dit dans sa thèse: « S'il est vrai que, primitivement, c'est la trompe ou l'ovaire qui sont malades, que la péritonite n'est que consécutive, il n'en est pas moins vrai, ainsi que le disent MM. Bernutz et Goupil, que dès que la péritonite est développée, c'est elle qui domine toute la scène pathologique ».

Lésions péritonéales, ascite, lésions tubaires, voilà donc le trépied de cette forme.

L'ascite est d'importance variable, parfois un demi-litre, un litre collecté dans le pelvis; d'autres fois, jusqu'à 5 et 10 litres. Le liquide ascitique est un liquide jaune ou verdâtre. Il est pauvre en éléments figurés, riches en albumine. La réaction de Rivalta y est positive.

La séreuse péritonéale est congestionnée, rouge foncée, d'aspect velouté. Elle est recouverte d'une multitude de granulations miliaires, se limitant toutefois au péritoine pelvien; il n'est pas rare de voir, malgré tout, le grand épiploon présenter quelques nodules tuberculeux, ainsi que les anses grêles. A noter la fréquence avec laquelle l'angle iléo-cæcal participe au processus granulique.

Il existe parfois des fausses membranes tendues des annexes aux parois ou aux anses. Parfois, par le jeu des adhérences se créent des cloisonnements pelviens, excluant une certaine quantité de l'épanchement.

Les trompes sont le siège d'un grand nombre de granulations très serrées. Elles sont longues, flexueuses, augmentées de volume et la pression fait sourdre sou-

vent un peu de pus par le pavillon. Malgré ce, à cause de l'intégrité du ligament large, la mobilité annexielle est conservée.

A l'ouverture, la trompe contient un liquide laiteux, blanc, tenant en suspension des grumeaux. Les plis de la muqueuse sont hypertrophiés. Celle-ci contient toujours des nodules tuberculeux; la musculuse est normale, sclérosée seulement ou œdémateuse. La sous-séreuse montre souvent des nodules semblables à ceux de la muqueuse.

L'existence de ceux-ci a permis à certains auteurs de parler de tuberculeuse séreuse salpingienne sans lésions muqueuses (Villard et Condamin). En réalité, Chevillon n'a pas trouvé de cas authentique où l'examen anatomo-pathologique ait démontré l'absence des lésions spécifiques muqueuses; le fait est très important, car il démontre que toute tuberculose péritonéale est due à une inoculation tubaire.

L'évolution anatomique de la salpingo-péritonite ascitique peut se faire vers la régression ou, au contraire, vers les formes suivantes. Les trompes présentent alors les différentes lésions que nous avons déjà décrites à propos des formes génitales pures.

B) *Formes génito-abdominales*

Elles comprennent:

- a) *La salpingo-péritonite fibreuse caséeuse;*
- b) *La salpingo-péritonite plastique.*

Elles sont surtout caractérisées par l'extension du processus aux organes voisins: péritoine, vessie, rectum, épiploon, intestins.

a) *La salpingo-péritonite fibro-caséuse* frappe d'abord les annexes et y évolue sur place jusqu'à la destruction. Puis, elle gagne à l'entour : péri-salpingite, pelvi-péritonite accessoirement ovarite.

C'est une forme maligne de tuberculose, caractérisée par son allure inflammatoire, ulcéreuse, extensive, caséuse. Par ses caractères inflammatoires, elle détermine la congestion et l'œdème du petit bassin, en tant qu'affection ulcéreuse, elle a tendance à détruire complètement l'organe touché. Par son extension, elle frappe tous les éléments voisins. Enfin, l'évolution fatale des lésions se fait vers la caséification, vers l'abcédation froide.

Au cours de cette évolution la trompe passe par les différents stades étudiés et c'est là que l'on rencontre fréquemment le pyosalpinx tuberculeux.

Il est difficile d'isoler celui-ci de toute atteinte pelvi-abdominale, aussi ferons-nous une description d'ensemble. Le plus souvent, à l'ouverture de l'abdomen, l'épiploon est rouge, congestif, adhérent à une masse de viscères accolés. Après libération de celui-ci, les organes génitaux sont encore cachés par un rideau d'anses grêles, adhérentes à la vessie. Sur tous ces organes sont disséminées des granulations typiques. Il faut alors rompre une série d'adhérences, celles-ci peuvent être molles, faciles à dilacérer, et être dues à une poussée récente, ou, au contraire, dures, fibreuses, et remonter alors à une atteinte bacillaire juvénile.

Au niveau des zones d'adhérence existent souvent de petites collections caséuses, compromettant la solidité des parois viscérales et amenant de fréquentes perforations lors des manœuvres de libération. La disposition des adhérences ménage l'existence de collections péri-

tonéales tantôt séreuses, surtout purulentes, susceptibles d'être infectées secondairement par des germes banaux.

Le bas-fond pelvien est occupé par la masse indemne du tractus génital, l'utérus complètement bloqué et flanqué sur sa face postérieure des annexes prolabées dans le Douglas. Celles-ci sont dilatées par des collections purulentes siégeant surtout au niveau de l'ampoule. Quelquefois, le pyosalpinx est inclus dans le ligament large et la tuméfaction est alors latérale.

La grosseur du pyosalpinx peut varier du volume d'un œuf à celle d'une tête de fœtus. Il est généralement bilatéral. Sa paroi est épaisse et résistante. Son contenu est du pus tuberculeux. Souvent l'appendice iléo-cæcal est perdu au milieu d'un magma d'adhérences.

Nous voyons donc la différence qu'il y a entre l'abcès froid tubaire et le pyosalpinx : dans un cas élément absolument libre, dans l'autre, simple constituant d'un magma en dégénérescence fibro-caséuse. Par le jeu des adhérences et du processus destructeur ulcéreux, il se produit rapidement des fistulisations entre viscères creux et péritoine, entre péritoine et parois, on a alors des fistules tubo-intestinales, tubo-vésicales, tubo-cutanées, péritonéales, péritonéo-vaginales, fistules intestinales cutanées, péritonéo-cutanées.

En résumé, la salpingo-péritonite fibro-caséuse est donc surtout caractérisée par le processus destructif se poursuivant à outrance.

b) *La salpingo-péritonite plastique.* — Il s'agit d'une forme de tuberculose constituée par une série d'adhérences sèches, fibreuses, reliant les organes du petit bassin aux viscères abdominaux, sans que le processus caséux apparaisse à aucun moment.

Pour certains auteurs, et Salen en particulier, cette forme serait une forme de bacilliose inflammatoire. Cette forme prédispose surtout aux accidents de forme d'ordre mécanique intéressant le transit intestinal et est comparable à la forme fibro-adhésive de la tuberculose intestinale.

Nous voyons, depuis les formes génitales pures jusqu'à ces dernières, une graduation de lésions se faire depuis les lésions strictement génitales, en passant par des lésions péritonéales discrètes, jusqu'au bouleversement intégral de la disposition intra-abdominale.

Ceci justifie, croyons-nous, l'insistance avec laquelle nous avons tenu à différencier les formes péritonéales des autres.

Enfin, pour être complet, il faut signaler que les lésions annexielles sont le plus souvent associées à des lésions utérines, pour Schmøder dans 58 % des cas, pour Greenberg dans 72 %.

Malgré ces descriptions détaillées, il ne faut pas croire que le diagnostic macroscopique de la tubercule annexe soit facile. On le fait à coup sûr dans les formes suppurées, où le pus tuberculeux est facilement reconnaissable. Dans les autres formes, seule une patiente recherche microscopique pourra mettre en évidence les lésions de la tuberculose spécifique ou inflammatoire. Or, il est de première importance, même une fois l'intervention pratiquée, de savoir si l'affection génitale était bacillaire ou non, ceci pour fixer certains soins post-opératoires, et pour orienter le pronostic. On doit donc considérer comme une règle générale l'examen histologique systématique après toute exérèse gynécologique.

CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES ET PATHOGENIQUES

Ce chapitre de l'étude de la tuberculose annexielle est particulièrement intéressant à considérer, car il contient en lui des germes précieux de diagnostic et des indications pratiques importantes.

Il y a lieu de considérer successivement la fréquence de cette affection, le germe en cause, la voie d'introduction, les conditions favorisantes. Nous essaierons ensuite de préciser la pathogénie des modalités évolutives de la bacillose annexielle.

I. — FRÉQUENCE

Il est très difficile de fixer d'une façon nette la fréquence absolue ou relative de la tuberculose génitale aiguë ou chronique.

En effet, comme nous y insistons à l'étude anatomique, il est impossible, dans la plupart des cas, de reconnaître macroscopiquement la nature des lésions observées.

En second lieu, l'examen microscopique n'est pas fait systématiquement, soit par négligence, soit par carence de moyens. Et pourtant lorsque l'on s'astreint, comme Williams l'a fait, à cet examen anatomo-histologique

régulier, avec inoculation et culture, on arrive à se faire une idée plus juste de la fréquence de l'affection. Cet auteur, sur 91 trompes examinées, a décélé 7 fois, d'une façon certaine, la bacilliose. Or, sur ces 7 cas, 2 seulement avaient permis un diagnostic macroscopique.

De plus, comme le diagnostic clinique n'est pas fait souvent, c'est donc rarement que l'on soupçonne cette étiologie et que l'on demande des suppléments d'investigation indispensables.

a) *Fréquence de la tuberculose annexielle parmi les lésions tubaires.* — Rosthon, sur 143 cas, en trouve 7 avec lésions bacillaires, soit 4,8 %; Martin, sur 620 cas, obtient un pourcentage de 2,70 %. Hartmann, sur 1150 cas, en trouve 28 de tuberculeux, soit 2,6 %. J.-L. Faure, sur 265 cas, trouve 3,03 %.

b) *Fréquence relative des formes aiguës et chroniques.* — Ici, étant donné que les formes aiguës étaient considérées, jusqu'ici, comme exceptionnelles, toute statistique, si elle existait, serait faussée dans sa base. Aussi, Dehau, dans sa thèse, n'en cite aucune. Pour le moment, il est difficile de s'en faire une idée, quoique les observations publiées se fassent de plus en plus nombreuses.

c) *Place de la tuberculose annexielle dans la tuberculose génitale.* — L'atteinte des trompes occupe une place importante dans la tuberculose génitale. En effet, c'est dans 85 et 95 %, d'après Mlle de Jong, que les trompes sont atteintes.

Rarement, d'ailleurs, les lésions sont isolées, puisque dans 58 % des cas, pour Schræder, 72 %, pour Greenberg, l'utérus n'est pas sain.

d) *Association possible d'autres lésions tuberculeuses.* — D'après Mlle de Jong, sur 434 cas de tuberculose génitale, vérifiées à l'autopsie, 41 cas seulement, soit 9,4 % étaient isolés. Ceci prouve donc l'association fréquente. Mais, il n'est pas constant que les autres foyers soient en évolution. A côté de foyers actifs, chaque individu peut être porteur de foyers latents absolument inconnus cliniquement.

Sur 503 autopsies de tuberculoses évolutives non génitales cliniquement, il a été trouvé 31 cas, soit 6,1 % de lésions génitales.

Le pourcentage des lésions génitales chez les tuberculeuses pulmonaires serait seulement de 4 à 12 %.

Donc, malgré l'apparence donnée par la première statistique, il semble bien que la tuberculose génitale soit pratiquement une bacilliose isolée à l'état actuel. Cela justifie l'institution d'un traitement chirurgical.

e) *Association possible à d'autres lésions génitales infectieuses non tuberculeuses.* — Les lésions bacillaires tubaires sont très souvent associées à des lésions inflammatoires banales, puerpérales ou gonococciques. La fréquence en est telle que, comme nous le verrons, Jayle avait basé sur ce point une classification anatomique.

On peut avoir une lésion banale secondairement tuberculisée, ou une lésion primitivement spécifique secondairement infectée par voie génitale, sanguine ou intestinale. Dans tous ces cas, la lésion tuberculeuse passe au second plan du tableau clinique.

II. — LE GERME PATHOGÈNE

Le germe pathogène, responsable de l'affection, est le bacille de Koch, qui ne diffère pas ici dans ses modalités d'attaque.

Ici, comme dans les autres atteintes de l'économie, l'élément typique est le follicule de Koëster, mais il peut très bien ne pas exister de lésion spécifique et se réaliser une forme inflammatoire. Nous connaissons bien, depuis les travaux de Poncet et Leriche, l'allure de cette atteinte tuberculeuse, caractérisée anatomiquement surtout par des atteintes péri-vasculaires. Les auteurs ont assez peu insisté sur ces formes et le rapport de Moulonguet, Brocq et Gibert, au VIII^me Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, les passent sous silence. Les lésions anatomiques peuvent évoluer soit vers la caséification, soit vers la transformation fibreuse, vérifiant encore ici les théories d'Auclair sur les toxines adhérentes de bacille de Koch.

III. — LA VOIE D'INTRODUCTION

La voie d'introduction du germe pathogène peut être externe, exogène ou, au contraire, endogène.

Tour à tour, les auteurs ont voulu défendre une origine exclusive, mais il semble bien que les deux théories soient également plausibles car étayées l'une et l'autre par des arguments sérieux.

Dans le cas d'origine endogène, la contamination génitale se ferait par voie sanguine.

La première infection aurait lieu dans l'enfance, le plus souvent par inhalation, donc par voie pulmonaire, donnant le chancre d'inoculation de Küss, avec retentissement ganglionnaire trachéo-bronchique ou médiastinal. Après guérison du chancre d'inoculation, l'infection reste cantonnée à l'état latent dans les territoires ganglionnaires répondant au siège de la lésion primitive.

D'ailleurs, la première inoculation ne se fait pas forcément par inhalation. Elle peut être par ingestion et se faire sur les tuniques intestinales, avec réaction des ganglions mésentériques. L'existence de cette infection latente peut permettre, à l'occasion d'un fléchissement de la résistance de l'économie, une dissémination dans l'organisme, si bien que la tuberculose vraiment évolutive n'est pas une primo-infection, mais une infection secondaire.

Pourquoi l'infection septicémique se localise-t-elle sur le tractus génital? C'est ce que nous verrons en étudiant les causes favorisantes.

L'atteinte bacillaire, d'origine externe, a été défendue ardemment par Conheim, Verneuil, Verchère, Chaton, Spinelli, Lantuéjoul, ainsi que dans la thèse de Croll. Forgue et Grimault ont également admis ce dernier mode.

Le bacille de Koch pénétrerait dans l'organisme par les voies génitales basses. L'origine de la contagion peut se faire très différemment. Elle peut être sexuelle, au cours de rapports avec un sujet présentant des lésions bacillaires du tractus uro-génital, surtout épидидymaires. L'observation de Murphy est démonstrative à ce point de vue.

Les femmes atteintes de tuberculose intestinale ou pulmonaire, dont les fèces sont riches en produits tuberculeux, pourraient être contaminées par voisinage, d'après l'opinion de Pozzi. Enfin, au cours des soins de toilette, les linges, les canules, les poussières extérieures peuvent également effectuer le contagement. Grimaud admet particulièrement ce mode chez les fillettes. Il dit, en effet : « Nous pensons que la voie ascendante doit être fréquemment utilisée par le bacille de Koch chez les fillettes avant la puberté, car à cette période de la vie, où les poussières bacillifères et où les contacts malpropres sont fréquents (les enfants portant des vêtements les protégeant plus ou moins bien, se traînant sur le sol), l'hémorragie et la desquamation épithéliale ne balaient pas encore la cavité utérine à chaque période menstruelle, entraînant les bacilles qui auraient pu y remonter ».

Il paraît un peu simpliste d'admettre que le cheminement des corps bactériens se fait par voie canaliculaire, à travers la lumière utérine et tubaire. On croit plutôt aujourd'hui que cette progression se fait par le système lymphatique sous-muqueux. Ce qui semble bien le démontrer, ce sont les expériences relatées par Mlle Gorowitz, d'après lesquelles l'inoculation cervicale n'est possible que s'il existe une ulcération. L'inoculation vaginale est inactive.

Voyons comment les théories d'inoculation exogène ou endogène s'adaptent aux faits observés.

La théorie endogène serait surtout à envisager chez les femmes porteuses de stigmates de tuberculose (adénopathie cervicale, cortico-pleurite, tuberculose pulmonaire).

Au contraire, l'infection exogène serait surtout à invoquer chez les femmes jusque-là indemnes de tuberculose et surtout chez les fillettes à la période prépubertique, où l'on constaterait alors une tuberculose génitale primitive. Mais cette dernière théorie exige une lésion cervicale ou utérine, primitive et obligatoire, à côté de la lésion tubaire. Or, quoique très souvent les deux lésions soient associées, c'est presque toujours la trompe qui est atteinte la première.

L'infection par voie exogène semble donc être un mode exceptionnel.

IV. — LES CAUSES ADJUVANTES

a) *L'âge et les circonstances physiologiques.* — La tuberculose annexielle est manifestement une maladie *des femmes jeunes*. On peut exceptionnellement la rencontrer chez les femmes âgées, mais rarement après la ménopause. Toutefois, Pinson a observé un cas chez une femme de 61 ans. Deymel deux cas après la soixantaine.

Les formes prépubertiques peuvent être observées.

Grimault a opéré une fillette de 8 ans, Costeusaux un enfant de 1 an.

Mais c'est à l'occasion des grandes étapes de la vie génitale de la femme que se manifeste surtout l'infection tuberculeuse utéro-annexielle. Soit au moment de la puberté, soit au moment du mariage ou à l'occasion de l'accouchement. Toutes ces circonstances physiologiques modifient grandement aussi bien le terrain général que les conditions locales que nous allons envisager.

b) *Le terrain général.* — Toutes les causes de débilitation de l'organisme, convalescences des maladies, surtout infectieuses, avec leur phase d'anergie, peuvent servir de motif à l'éclosion ou à l'extension d'une tuberculose.

Et, ici, il est à considérer deux cas :

Dans une première éventualité, on a affaire à une femme déjà entachée de bacillose, ayant présenté dans son enfance de la scrofule, des bronchites à répétition, des lésions de cortico-pleurite, des localisations articulaires ou osseuses, péritonitiques même. Parfois, les antécédents tuberculeux sont moins nets mais on retrouve chez les parents des lésions contagieuses bacillaires indéniables, qui permettent à coup sûr de penser que la malade a été nécessairement tuberculisée. La tuberculose qu'elle présente est une forme latente, cantonnée aux ganglions traché-bronchiques ou mésentériques.

Il s'est développé chez cette malade des réactions générales humorales qui font qu'au cours d'une seconde atteinte, atteinte qui nous intéresse, elle réagira d'une autre façon. Cette seconde attaque peut d'ailleurs résulter d'une auto-infection ou d'une hétéro-infection qui est une seconde infection. Dans ces cas, la localisation tubaire prendra une évolution chronique ou subaiguë.

Dans une deuxième éventualité, il est impossible de retrouver dans le passé personnel ou familial de la malade aucun caractère de tuberculisation. La tuberculose tubaire qui éclatera alors sera une forme de primo-infection, touchant un organisme ne « connaissant pas encore » le bacille de Koch et évoluera sous la forme aiguë.

c) *Les conditions locales.* — Un fléchissement général a permis la dissémination bacillaire. Pour que celle-ci se localise sur le tractus génital des conditions locales sont indispensables.

L'état local peut être modifié par des circonstances physiologiques. La puberté constitue un cap difficile à doubler pour les sujets entachés de tuberculose. La congestion intense du tractus utéro-annexiel facilite grandement la localisation à ce niveau, d'une part à cause de la grande quantité de sang qui traverse ces organes, d'autre part à cause du remaniement général tissulaire qui rend celui-ci impropre à une défense effective.

La menstruation, par la répétition périodique de poussées congestives, est aussi un facteur déclenchant très souvent observé. C'est à l'occasion d'une période menstruelle que beaucoup de malades commencent à se plaindre. L'article de Lenormant et Moulouquet est très démonstratif à ce point: sur 16 observations publiées, les accidents ont eu 7 fois, comme début, une période de règles.

Les rapports sexuels déterminent aussi d'importantes réactions vaso-motrices pelviennes. Le mariage est souvent l'agent d'éclosion de lésions annexielles. Grimault et Sauvé sont affirmatifs sur ce point. L'observation suivante est très significative:

Femme de 23 ans; à 7 ans péritonite tuberculeuse; règles apparues à 11 ans, toujours douloureuses; mariée il y a 14 mois. Quelques mois après le mariage douleurs et leucorrhée. A l'examen: tumeur annexielle gauche, bosselée, grosse comme une mandarine, à côté de l'utérus qui est petit, infantile. L'intervention démontre la nature tuberculeuse de lésions salpingiennes (Grimault).

La grossesse, quoique peu fréquente chez les femmes atteintes de bacillose annexielle, constitue un facteur prédisposant au déclenchement de celle-ci. Elle peut agir suivant plusieurs modalités :

Elle aggrave une tuberculose génitale déjà existante, donnant à celle-ci une allure aiguë ;

Elle localise la tuberculose sur le tractus génital. Ces faits peuvent se passer au cours de la grossesse, mais surtout à l'occasion du *post-partum*, où les évolutions aiguës sont surtout observées. Les observations de Fruhinsholtz, de Schickelé, Grimault, Démelin et Cornil, Boquel, la thèse de Feuillade, illustrent ces assertions.

A côté des circonstances physiologiques, l'état local peut encore être modifié par les circonstances anormales, comme les infections génitales et les manœuvres gynécologiques. Le rôle des infections génitales est classique. Elles font « le lit de la tuberculose ». Les germes en cause sont variables et si le gonocoque tient la place la plus importante, on a aussi trouvé le pyocyanique (Rives), le colibacille (Jayle), le tétragène, le streptocoque (Gayet et Blanc-Perduet, Penrose). On note souvent l'origine d'une contagion génitale et le diagnostic clinique s'égare sur cette possibilité. Aussi, souvent le diagnostic de tuberculose est-il porté à l'intervention ou après examen histologique.

Les interventions gynécologiques, pansements utérins, hystérométrie, dilatations aux lamineires influent aussi. Péraire a publié le cas d'une jeune femme de 30 ans, chez laquelle la simple pose d'une lamineire dans le but de faciliter la fécondation, a amené des accidents aiguës salpingo-ovariennes. Barthélémy, dans les mêmes conditions, a vu se déclarer une pelvi-péri-

tonite, Risacher des poussées aiguës de tuberculose annexielle. Ces traumatismes gynécologiques agissent sûrement par réactions vasomotrices de voisinage et nous savons la grande susceptibilité vasculaire du petit bassin.

On pourrait encore interpréter leur action par inoculation lymphatique au niveau d'une éraillure de la muqueuse.

CE QU'IL FAUT SURTOUT RETENIR DE CETTE ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE, C'EST QUE CHAQUE ÉPISODE DE LA VIE GÉNITALE DE LA FEMME EST UNE OCCASION POUR L'ÉCLOSION OU L'EXTENSION D'UNE TUBERCULOSE UTÉRO-ANNEXIELLE.

CONCLUSIONS

La tuberculose annexielle est plus fréquente qu'on n'a crue jusqu'à nos jours.

Du point de vue anatomo-clinique, la tuberculose annexielle se présente comme une *lésion abdominale, péritonéale* ou *annexielle*.

I. — FORME ABDOMINALE OU PÉRITONÉALE

Il s'agit souvent de jeunes filles qui présentent une ascite cloisonnée ou étendue, de l'aménorrhée, douleur dans le Douglas, se traduisant par des troubles généraux, diarrhée, troubles digestifs, amaigrissement et ballonnement du ventre.

Le diagnostic est facile s'il s'agit d'une ascite libre, mais délicat dans le cas d'ascite enkystée. Confusion possible avec kyste de l'ovaire, kyste du mésentère. Éliminer les ascites alcoolique, cancéreuse, cardiaque.

Chez une jeune femme, souvent jeune fille, penser à la tuberculose génitale. Si c'est une femme ménopausée ou non, il s'agit d'un carcinome végétant de l'ovaire. Dans le cancer, on sent au fond des indurations, des greffes. A la ponction, liquide hématique: cancer. Dans la tuberculose: liquide clair. Dans les tumeurs ovariennes, l'examen cytologique peut rendre des services. Le point de départ des lésions peut être tranché pendant l'intervention.

II. — FORME ANNEXIELLE

La forme la plus fréquemment observée, après la forme péritonéale, c'est la forme annexielle. Celle-ci provoque des abcès, des réactions péritonéales : pelvi-péritonite. Son diagnostic est difficile ; dans 80 % des cas il n'est pas fait. A l'opération on se prononce. L'examen histologique tranche.

L'annexite chez une vierge ne peut être que tuberculeuse ; l'annexite colibacillaire est rare.

La tuberculose touche souvent un utérus hypoplasique, aplasique ou même hyperplasique. Utérus aplasique petit avec troubles menstruels : annexite tuberculeuse. Au cours d'une annexite traitée sans erreur, si on constate soit des poussées thermiques, soit des troubles en disproportion avec l'état général très touché, ou inversement, on peut penser à la tuberculose.

La constatation des gonocoques dans des lésions ne permet pas d'infirmier le diagnostic de tuberculose : *gonocoques et bacilles de Koch peuvent coexister.*

TRAITEMENT

1° *Forme abdominale ou péritonéale*

Ou traiter la bacillose médicalement ou ouvrir le ventre.

L'ouverture simple du ventre et sa simple exposition à l'air et à la lumière durant cinq minutes guérit la tuberculose.

Le traitement médical consiste en héliothérapie naturelle ou artificielle, radiation pénétrante: rayons ultra-violets. Injection de l'antigène méthylique.

Néanmoins, le traitement chirurgical conserve ses droits. Faire d'abord le traitement médical: rayons ultra-violets, antigène méthylique, vaccin de Vaudremer, héliothérapie naturelle ou artificielle.

Au cas où ce traitement échoue, traiter chirurgicalement.

Cette chirurgie doit être, dans la mesure du possible, « conservatrice » et viser à laisser à la malade le maximum de « potentiel physiologique », que l'on peut classer en trois catégories:

La sécrétion interne de l'ovaire;

La conservation de la menstruation;

La conservation des possibilités de la maternité.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Deux formes de tuberculose génitale chez la femme. *Gynécologie*, Paris, 1912.
- De la fausse péricystite par lésions génitales tuberculeuses chez la femme. *Association fr. d'Urologie*, 1913.
- Contribution à l'étude de la tuberculose génitale de la femme. *Soc. Chirurgie*, 1913.
- ALBAUME. — Rapport de la tuberculose génitale chez la femme avec les malformations et les tumeurs de l'appareil génital. *Thèse Paris*, 1907.
- ALBERTIN. — Absès froid tubaire. *Lyon Chirurgical*, 1^{er} novembre 1908.
- Grossesse tubaire et tub. ann. sur la difficulté du diagnostic. *Lyon Médical*, 1911.
- ALTHABE et MUINOS. — Kyste tuberculeux de l'ovaire. *Soc. Obst. Buenos-Ayres*, 24 octobre 1919.
- ARCHAMBAULT. — Tuberculose de la trompe et fibro-myome tuberculisé. *Gazette des Hôpitaux*, 1907, p. 305.
- ARRIVAT. — A propos d'un cas de tuberculose annexielle. *Montpellier Médical*, juillet 1913.
- AUVRAY. — *Bulletin Soc. Anatomique*, 1904, p. 832.
- BARDELEBEN. — Traitement chirurgical de la tuberculose gynécologique. *Congrès Int. de la Tub.*, Rome, 1912.
- BARDOU et ANDRÉ. — *Soc. Obst. et Gyn. de Bordeaux*, 1928, p. 709.

- BARTHÉLÉMY (M.). — La tuberculose génitale. Son diagnostic et son traitement. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1924, XIII.7.541.
- Les métrorragies symptomatiques dans la tub. annexielle. *Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1933, p. 101.
- BAUMGARTNER et BARDOU. — Tuberculose annexielle. *J. de Médecine*, avril 1921, p. 551.
- BÉGOUIN. — *Soc. d'Obst. et Gyn. de Bordeaux*, 1928, p. 708.
- Tuberculose annexielle à forme aiguë « infectieuse générale ». *Discussion VIII^e Congrès Gyn. Obst.*, 1933, t. XXVIII, p. 466.
- BÉRARD. — Castration pour tuberculose annexielle. *Lyon Médical*, 1913.
- BERKOVITZ. — Le Diagnostic de la tuberculose annexielle, les difficultés et les renseignements fournis par la réaction de Besredka. *Thèse Paris*, 1926, n° 320.
- BERNHEIM. — Tuberculose primitive des organes génitaux de la femme. *Belgique Médicale*, 1900, n° 38.
- BERTRAND (J.-M.). — Des abcès froids tubaires. *Thèse Lyon*, 1908, n° 2.
- BÉZIER. — Contribution à l'étude du traitement des annexites bacillaires par les rayons U.-V. *Thèse Paris*, 1926, n° 295.
- BILIG. — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose utéro-annexielle. *Thèse Montpellier*, 1914, n° 9.
- BINET et DUREICH. — Abcès froids tubaires. *Soc. Obst. et Gyn. Nancy*, 1921, p. 697.
- BJORKENHEIM. — Kyste tuberculeux de l'ovaire. *Acta Obst. et Gyn. Scandinavica*. Analyse dans *Gyn. et Obst.*, 1931, p. 474.
- BONNET et BULLIRAD. — *Gynécologie et Obst.*, 1931, t. XXIV, p. 97.
- BOUILLY. — De l'ascite des jeunes filles. *Semaine Gynécologique*, 1896.

- BOURDE. — Quelques aspects cliniques de la tuberculose annexielle. *Monde Médical*, 1925, t. xxxv, p. 966.
- BOVIS (DE). — Diagnostic des salping. tub. *Semaine Médicale*, sept. 1913.
- BROCQ. — Traitement chirurgical de la tuberculose utéro-annexielle. (Rapp. au VIII^e Congrès des Gyn. et Obst. de langue fr.) *Gyn. et Obst.*, 1933, t. xxviii, n° 2, p. 187.
- BROCQ et DUPREUX. — Les idées actuelles sur le traitement des tuberculoses utéro-annexielles. *La Médecine*. Ann. 15, avril 1934, p. 270.
- BRODY. — Contribution à l'étude de la tuberculose génitale chez la femme. Traitement par l'héliothérapie. *Thèse Paris*, 1927, n° 290.
- BROUARDEL. — Tuberculisation des organes génitaux de la femme. *Thèse Paris*, 1815.
- BOURMALATZ. — Contribution à l'étude de la tuberculisation des kystes de l'ovaire. *Thèse Toulouse*, 1923, n° 10.
- BURGER. — *Soc. Obst. et Gyn. Strasbourg*, 1929, p. 444.
- CARTIER et LANTUÉJOUL. — Kyste tub. de l'ovaire. *Gyn. et Obst.*, janvier 1927, p. 36.
- CAZENEUVE. — De la tuberculose des annexes. *Thèse Montpellier*, 1901, n° 33.
- CHALIER et DUNET. — *Gazette des Hôpitaux*, 1919, n° 34.
- CHARBONNEL et NADAL (P.). — *Province Médicale*, 1912, p. 425.
- CHARLES et KISSEL. — *Soc. Obst. et Gyn. Nancy*, 1928, p. 437.
- CHASTENET DE GÉRY et LACROIX. — Torsion des deux trompes histologiquement tuberculeuses. *Bull. Soc. Chirg.*, 16 avril 1927, p. 558.
- CHAFTON. — La tuberculose annexielle. *Thèse Paris*, 1907, n° 141.
- CHEVILLON. — Etude anatomo-pathologique de la tuberculose des annexes de l'utérus. *Thèse Paris*, 1933, n° 17.

- CIARLO (F.-E.). — Contribution à l'étude de la tuberculose génitale de la femme et son traitement. *La Semaine Médicale*, année xxxiv^e, n° 33, 18 août 1927.
- COIN. — *Archives de Gynécologie*, 1912, p. 197, d'après *Journal de Chir.*, 1912, p. 737.
- CONDAMIN (F.). — Traitement chirurgical de la tuberculose annexielle. *Thèse Lyon*, 1928, n° 31.
- Régression et guérison post-opératoires de certaines formes de tuberculoses annexielles sous l'influence de la laparotomie. *Lyon Chirurgical*, t. xxvi n° 5, sept.-oct. 1929, p. 673.
- CORNAT (Mathey). — Radiothérapie au cours des pelvi-péritonites tuberculeuses de la femme. *Bull. Soc. Radiologie*, juin 1931.
- Les indications du traitement roëntgenthérapique dans la tuberculose génitale de la femme. *La Médecine*, an. xiv, n° 8, juin 1933, p. 458.
- CORNIL. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites et salpingites. Paris, 1889, p. 91.
- COTTE. — Disménorrhée d'origine tuberculeuse. *Gazette des Hôpitaux*, octobre 1909.
- COURMONT. — Le clavier sérologique dans le diagnostic et le pronostic de la tuberculose. *Journ. Méd. Franç.*, mai 1933.
- La séro-agglutination du bacille de Koch. *Journal Médical français*, mai 1933.
- COURMONT et GARDÈRE. — Le pouvoir bactéricide des sérums et liquides pleuraux sur le bacille de Koch. *J. M.d. Franç.*, mai 1933.
- COURMONT, GARDÈRE et PICHAT. — Le pouvoir bactéricide des urines des tuberculeux sur le bacille de Koch. *J. Méd. Franç.*, mai 1933.
- COUSYN. — Etude de la tuberculose de l'utérus et de ses annexes. *Thèse Paris*, 1903, 481.
- CREYSSEL. — Absès froid tubo-ovarien. *Lyon Médical*, 1925. C xxxvi, 681.

- CROLL. — A propos de la tuberculose utérine primitive. *Thèse Paris*, 1925, n° 332.
- DALCHÉ. — Tuberculose et appareil génital de la femme. *Journal des Praticiens*, 1911.
- DANIEL. — La tuberculose utéro-annexielle. *Gynécologie*, Paris, 1925, xxiv, 445.
- Traitement chirurgical de la tuberculose génitale. (Discussion au VIII^e Congrès), *Gyn. Obst.* année xxviii, p. 459.
- DAURIS. — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'appareil génital chez la femme. *Thèse Paris*, 1889.
- DEHAU. — Salpingite tuberculeuse aiguë. *Thèse Paris*, 1920, n° 64.
- DELORE et AIGROT. — *Lyon Médical*, 25 juillet 1921, p. 547.
- DERVAUX. — Tub. génit. de la femme et ses complications péritonéales; cysto-péritonite tuberculeuse; ascite tuberculeuse. *Thèse Paris*, 1902-1903, n° 3.
- DERVILLE. — De l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme. *Thèse Paris*, 1887.
- DESGOUTTE et OLIVIERI. — Rôle des lésions intestinales dans le pronostic opératoire des annexites tuberculeuses. *Lyon Médical*, 1913.
- DEVRAIGNE, J. BLOCH et MAYER. — *Soc. d'Obst. et Gyn. Paris*, 1925, p. 21.
- DOUAY. — Tuberculose génitale de la femme. *Cours et Conférences de l'Hôpital Broca*, 1925.
- Discussion au VIII^e Congrès. *In Gyn. Obst.*, 1933, xxviii, p. 476.
- DOUAY et LÉPURÉANO. — Diagnostic de la salpingite tuberculeuse. *Gynécologie et Obst.*, mai 1930, t. xxi, p. 385.
- DUPONT. — *Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1929, p. 318.
- DUROCH (D.). — Ovarite tub. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1924, xiii, n° 305.

- DUVERGEY. — Tuberculoses pelviennes de la femme. *Journ. Méd. Franç.*, juillet 1923.
- ELOY. — Contribution à l'étude des abcès froids tubaires. *Thèse Lille*, 1919.
- FABRE et BOURRET. — Un cas de granulie péritonéale dans le *post-partum* chez un malade présentant une tuberculose ancienne. *Soc. Obst. Gyn.*, 1913, p. 225.
- FAURE (J.-L.). — *Congrès International de Gyn. et d'Obst. de Rome*, 1902.
- Discussion au VIII^e Congrès, in *Gyn. et Obst.*, 1933, t. xxviii, p. 472.
- FEUILLADE. — La tuberculose génitale dans ses rapports avec la puerpéralité. *Thèse Nancy*, 1924, n° 268.
- FORGUE et CHAUVIN. — *Revue de Chirurgie*, 1919.
- FORGUE, ROUX et MILHAUD. — Tub. annex. Considérations anatomiques et pathol. *Montpellier Médical*, 1922, t. xlv, p. 10.
- FOURNIER (R.). — Réflexions sur la tuberculose annexielle. *Soc. d'Obst. et Gyn.*, Strasbourg, 1933, p. 708.
- FRAISSARD (P.-F.). — Les opsonines dans la tuberculose. *J. Méd. Franç.*, mai 1933.
- FRUHINSHOLTZ et FEUILLADE. — Tuberculose générale et puerpéralité. *Soc. Obst. et Gyn.*, 1924, p. 683.
- FRUHINSHOLTZ. — Tuberculose aiguë péritonéale du *post-partum*, simulant une infection puerpérale. *Soc. Obst. et Gyn.*, 1926, p. 371.
- FRUHINSHOLTZ, HARTEMAN et LACOURT (Mlle). — Tuberculose génitale primitive, péritonite bacillaire et tuberculose miliaire *post-abortionum*. *Bull. Soc. Franç. Gyn. et Obst.*, 1934, n° 6, p. 425.
- GARDÈRE. — La réaction de déviation du complément dans la tuberculose. *J. Médical Français*, mai 1933.
- GAYET. — Des pyosalpinx tuberculeux fistulés dans la vessie. *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, juillet 1925.

- GAYET et BLANC-PERDUCET. — *Lyon Médical*, 1911, p. 1175.
- GIBERT. — La radiothérapie des annexites tuberculeuses. *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, juillet 1933, p. 606.
- Physiothérapie de la tub. utéro-annex. (Rapport au VIII^e Congrès des Gyn. et Obst. de langue franç.), *in Gyn. et Obst.*, t. XXVIII, p. 206.
- GHINIS. — Contribution à l'étude de la salpingite tubercul. Résultats éloignés du traitement chirurgical. *Thèse Paris*, 1922, n^o 306.
- GOUGEROT. — Bacillo-tuberculoses, non folliculaires. *Thèse Paris*, 1909, n^o 103.
- GRIMAULT. — Deux observations de tuberculose de tuberculose génitale localisée avec traitement. *Soc. Obst. et Gyn. Nancy*, 1924, p. 254.
- A propos de trois observations de tuberculose génitale étendue. *Soc. Gyn. Obst. Nancy*, 1934, p. 298.
- GOROWITZ. — De la tuberculose génitale chez la femme. *Thèse Paris*, 1900, n^o 629.
- GUIBAL. — *Société anatomique de Paris*, p. 742.
- GUILLEMIN. — *Revue de chirurgie*, 1894, p. 981.
- Quelques cas de tuberculose génitale. *Soc. Gyn. et Obst.*, 1924, p. 532.
- GUYOT et PRINCETEAU. — Sur un cas de tuberculose annexielle. *Soc. Obst. et Gyn.*, 1926, p. 485.
- GUYOT et TRAISSAC. — Kyste tuberculeux de l'ovaire. *Soc. Gyn. et Obst. Bordeaux*, 1933, p. 56.
- HALLER. — Absès froids réchauffés de l'ovaire. *Soc. des Chirurgiens de Paris*, 7 novembre 1924.
- HAMANT. — Tuberculose génitale. *Soc. Obst. et Gyn. Strasbourg*, 1924, p. 253.
- Absès froid tubaire unilatéral. *Soc. Obst. Gyn. Nancy*, 1924, p. 68.
- HAMANT, BODART et CHALNOT. — *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Nancy*, 1931, p. 302.

- HARTMANN, REMILLY, BERGERET. — Quelques réflexions sur la tuberculose salpingo-ovarienne. *Gyn. Obst.*, Paris, 1920, n° 2, p. 3.
- HARTMANN-KLEPPEL. — L'annexite tuberculeuse à forme métrorragique. *Gyn. et Obst.*, Paris, 1923, p. 374.
- HEULLY. — Suites éloignées de la tuberculose génitale. *Bull. Soc. Franç. Gyn. et Obst. de Paris*, 1924, XIII, 7, p. 538.
- HUGUIER (A.). — Tuberculose hypertrophique caséeuse des annexes chez une femme obèse. *Paris Chir.*, 1925, t. XVII, p. 43.
- JAMIN et VIOLET. — *Lyon Médical*, 1904, p. 457.
- JAUDEL. — Sur la radiothérapie des salpingites tuberculeuses. *Thèse Paris*, 1931.
- JAYLE. — Tuberculose de la trompe. *Presse Médicale*, 1913, p. 505.
- JEANNENEY. — *Soc. d'Obst et Gyn. de Bordeaux*, 1928, p. 706.
- JONG (Mlle L. DE). — Etude anatomo-clinique de l'ovaire chez la femme. La glande interstitielle chez les tuberculeuses et les fibromateuses. *Thèse de Paris*, 1914, n° 200.
- KELLER (R.). — L'opération dans les cas graves de tuberculose utéro-annexielle. *Soc. Obst. et Gyn.* 1^{er} janvier 1934.
- KREIS. — Tuberculose des annexes. Aménorrhée primaire. Stérilité, diagnostic différentiel. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1923, XII, 360.
- LABBÉ. — Annexites tuberculeuses méconnues. *Thèse Bordeaux*, n° 88.
- LABRY (R.). — Des opérations conservatrices dans les annexites bilatérales. *Thèse Lyon*, 1926, n° 123.
- LANTUÉJOUL. — *Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, juillet 1932, p. 432.
- LAPEYRE. — Traitement de la tuberculose génitale de la femme. *Congrès Intern. de la Tub.*, Rome, 1912.

- LAPEYRE (N.-C.) et ESTOR (H.). — Tuberculose annexielle à forme aiguë. *Réunion Obst. et Gynécologique*, Montpellier, déc. 1934.
- LAPEYRE (N.-C.) et FAYOT. — Double abcès froid tubaire avec torsion d'un des pyosalpinx. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1923, p. 76.
- LAURENCE. — Tuberculose génitale. *Journal des Praticiens*, 1919, p. 573.
- LECÈNE et MOULONGUET. — *Annales d'Anat. Path.*, t. III, n° 8, novembre 1926.
- LECOINTRE (P.). — Contribution à l'étude des rapports de la péritonite tuberculeuse et de la puerpéralité. *Thèse Paris*, 1923, n° 181.
- LE DENTU. — Tuberculose annexielle. *Semaine Gyn.*, n° 17, 1901.
- LEFEBVRE et TISON. — Réunion médicale des Hôpitaux de Lille, in *Nord Médical*, 1932.
- LEGUEU et VERLIAU. — *La Gynécologie*, 1911, p. 402.
- LENORMANT. — La tuberculose génitale de la femme. *Progress Médical*, Paris, 1909.
- LENORMANT et MOULONGUET. — *Gynécologie Obst.*, 1920, t. II, p. 396.
- LEURET. — Etude clinique sur les rapports de la péritonite tuberculeuse et de la tuberculose génitale chez la femme. *Thèse Paris*, 1903, n° 78.
- LÉVY. — *Société Obst. et Gyn. Nancy*, 1928, p. 740.
- MARTIN. — De la salpingite tuberculeuse. *Thèse Lyon*, 1904, n° 74.
- MASSABUAU et GUIBAL (A.). — La thérapeutique conservatrice en gynécologie. Rapport au VIII^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obst. de langue française, in *Gyn. et Obst.* 1933, p. 330.
- MATHIE. (Ch.). — Contribution à l'étude de la péri-annexite tub. *Thèse Paris*, 1900, n° 1392.

- MAUCLAIRE. — Tuberculose génitale de la femme. *Revue Internationale de la tub.*, Paris, 1912.
- MAUCLAIRE et WENBERG. — *Bulletin de la Société Anatomique*, 1902, p. 505.
- MÉNÉTRIER. — Endométrite et salpingite tuberculeuse. *Soc. Anatomique*, 1889, p. 475.
- MAYNARD. — Contribution à l'étude de la tuberculose annexielle. *Thèse Montpellier*, 1931, n° 28.
- MENGE et BAILLEUL. — Abscès froid des trompes avec deux litres de liquide. *Soc. Anatomique*, 19 janvier 1934.
- MOULONGUET. — Etude clinique de la tub. utéro-annex. (Rapport VIII^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française). *Gyn. et Obst.*, 1930, t. xxviii, n° 2, p. 147.
- MOURA (P.). — Tuberculose de l'appareil génital de la femme. *Revue de Gyn. et Obst. du Brésil*, n° 10, octobre 1927.
- MURET. — A propos de la tuberculose utéro-annexielle. *Rev. Méd. de la Suisse rom.*, 25 mars 1934, p. 284.
- OLIVIER. — Le traitement de la tuberculose annexielle. *Thèse Lyon*, 1912, n° 87.
- PARCELIER. — Persistance du B. C. dans l'utérus et les annexes après guérison de la péritonite tuberculeuse. *Bordeaux Chirurgical*, 1932, p. 281.
- Fistules pyo-stercorales après intervention pour tuberculose utéro-annexielle. *Soc. de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 11 février 1932.
- PATEL. — Traitement de la tub. génit. chez la femme. Rapport au Congrès international de la tub. Rome, 1912, in *Rev. de Gyn. et Chir.*, août 1912, t. xix.
- PATEL. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 15 avril 1920.
- PATEL et MONTEL. — Abscès froid ovarien. *Lyon Médical*, 1928, p. 262.
- PATEL et OLIVIER. — De la thérapeutique chirurg. conservatrice dans le traitement de la tuberculose annexielle. *Rev. Gyn. et Chirurgie*, juillet 1913.

- PELLEGRIND. — Contribution à l'étude des abcès froids tubaires. *Thèse Montpellier*, 1932, n° 5.
- PÉRAIRE. — Tuberculose utéro-annexielle, torpide, réveillée par une dilatation utérine intempestive. *Bull. Soc. Anat. Paris*, février 1920, p. 99.
- PESTALLOZZA. — Traitement chirurgical de la tuberculose génitale de la femme. *Congrès intern. de la Tub.*, Rome, 1912.
- PHILIPPE. — Contribution à l'étude de la tuberculose annexielle. *Thèse Lille*, 1926, n° 10.
- PINSAN. — *Soc. d'Obst. et Gyn. de Strasbourg*, 1929, p. 583.
- PIERRA. — L'héliothérapie en gynécologie. *Revue Française de Gynécologie*, avril 1929.
- POUBER. — Accidents aigus de la tuberculose annexielle. *Thèse Lille*, 1930, n° 2.
- PONCET et LERICHE. — Tuberculose inflammatoire de l'appareil utéro-annexiel. *Tribune Médicale*, juin 1910.
- POTVIN. — *Gyn. Obst.*, 1921, t. III, p. 35.
- RABÈRE et MANDILLON. — *Bordeaux Chirurgical*, janvier 1931, p. 55.
- RECH. — *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg*, 1925, p. 267.
— *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg*, 1928, p. 170.
- REMILLY. — Sur 32 observations de femmes opérées pour tuberculose génitale. *Thèse Paris*, 1920, n° 356.
- RÉNAUD (M.). — Tuberculose génitale et péritonéale. *Soc. anatomique Paris*, 1900.
- RENDON. — Contribution à l'étude de la tuberculose annexielle. *Thèse de Paris*, 1924, n° 188.
- REYNIER. — Tub. utéro-annexielle. *Société de Chirurgie*, juin 1913.
- RICARD et COMTE. — Formes péritonéales aiguës de la bacillose annexuelle. *Gyn. et Obst.*, juillet 1925.
- RISACHER (de Beyrouth). — Poussées aiguës de tuberculoses annexielles, déclenchées par des interventions gynécologiques simples. *Discussion VIII^e Congrès Gyn. Obst.*, 1933, p. 476.

- RIVES. — La tuberculose des annexes de l'utérus. *Thèse Montpellier*, 1909, n° 10.
- ROCHET. — Traitement de la tuberculose utéro-annexielle. (Rapport au VIII^e Congrès des Gyn. et Obst. de langue française). *In Gyn. et Obst.*, 1933, t. xxviii, n° 2, p. 220.
- ROLLIER. — L'héliothérapie de la péritonite. *Dernier Congrès d'actinothérapie*. Paris, juillet 1929.
- ROUFFARD-MARIN et ROUFFARD-THIRIAC. — *Société Belge d'Obst.*, 1930, p. 737.
- ROUTIER. — Tub. des organes génitaux de la femme, d'origine ascendante. *Thèse Paris*, 1909, p. 101.
- ROUVILLE (DE). — A propos de trois cas de tuberculose annexielle. *Montpellier Médical*, 1913.
- ROUVILLE (DE) et MOCQUOT. — Les opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes. *Rapport au Congrès français de Chirurgie*, 1926.
- SALEN. — Les formes anatomiques de la tuberculose annexielle. *Marseille Médecine*, 1925, LXII-26-1481.
- SALLE et FORRAZ. — Tuberculose annexielle. *Gazette des Hôpitaux*, 14 décembre 1912.
- SANTY. — Traitement de la tuberculose péritonéale chez la femme adulte. *Soc. de Chir. de Lyon*, 1^{er} déc. 1927.
- SAUVÉ. — *Journal Méd. Franç.*, 1932, p. 273.
- SCHICHELÉ. — Infection tuberculeuse aiguë des annexes dans le *post-partum*. *Soc. Obst. et Gyn.*, 1923, n° 2, p. 156.
- SIREDEY (A.). — La tuberculose génitale chez la femme. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, juin 1915.
- Les formes frustes de la tuberculose chez la femme. *La Médecine*, 1923, p. 494.
- STEFANESCO-NINA PENCOFF. — La tuberculose du col utérin. *Thèse Montpellier*, décembre 1933.
- TARGETT. — Sur la tuberculose génitale de la femme. *The Lancet*, 15 août 1903.

- TAVERNIER. — Tuberculose utéro-annexielle. *Soc. de Chirg. de Lyon*, mai 1905.
- TÉDENAT et ROMANT. — *Province Médicale*, 1909, n° 6, p. 57.
- TÉMOIN. — Traitement chirurgical des péritonites tuberculeuses. *Société Nat. de Chirurgie*, séance du 4 juillet 1923.
- THADDEE-KALLER. — Considérations sur le traitement de la Tuberculose des annexes de l'utérus et du péritoine. *Gyn. et Obst.*, Paris, avril 1928.
- THOMAS. — *Soc. Obst. et Gyn. de Strasbourg*, 1923.
- TIXIER. — Tub. annexielle à forme péritonique. *La Clinique*, 16 août 1907, p. 520.
- TODORSKY. — Tuberculose de l'ovaire. *Thèse Montpellier*, 1913, n° 18.
- TONNEF (E.). — Traitement conservatif de la tuberculose génito-abdominale chez la femme. *Gymn. et Obst.* Paris, 1926, XIII-3-205.
- TOURNEUX. — *Soc. Obst. et Gyn.*, 1921, p. 769.
- TURNESCO et LORY. — Salpingite tub. aiguë. *Bull. Soc. Anat. Paris*, p. 483.
- VANVERTS et PAUCOT. — Absès froids tubaires. *Echo Médical du Nord*, juillet 1911, p. 365.
- VAUTRIN. — Tub. ovarienne et grossesse. *Gyn. et Obst.*, 1923, t. VII.
- Les tuberculoses localisées pelviennes. *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1924, XIII-3-196.
- Considérations thérapeutiques sur les tuberculoses localisées pelviennes. *Gynécologie*, Paris, 1924, 1924, XXIII-5.
- VERCHÈRE. — Les portes d'entrée de la tuberculose. *Thèse Paris*, 1885.
- VERDELET et DERAIGNEZ. — *Gyn. Obst.*, 1921, t. IV, p. 78.
- VINCENT. — La séro-réaction de Vernes à la résorcine. *J. Méd. Franç.*, mai 1933.

VIOLET. — Quelques cas de pyosalpinx tuberculeux inextirpables, traités par l'incision suivie de radiothérapie, *Lyon Médical*, 1930, t. CXLVI, p. 541.

WAGNER. — Traitement chirurgical de la tuberculose génitale. *Congrès Internat. de la Tub.*, Rome, 1912.

WEECHLHOUSE. — Tuberculose primitive de l'ovaire, t. XLVIII, p. 405.

WEISS et MATHIEU. — Torsion d'un pyosalpinx tuberculeux. *Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1922, p. 282.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre:

*Contribution à l'Etude
de la Tuberculose Annexielle*
par M. DOMINIC (Sébastien).

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Le Professeur,
LAPEYRE.

Montpellier, le 1er Juillet 1935.

Vu:

Montpellier, le 3 juillet 1935.

Le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer:

Montpellier, le 4 juillet 1935.

Le Recteur,

TAUILLIART.

S E R M E N T



En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
